

UNIVERSITÉ DE SHERBROOKE

THÈSE PRÉSENTÉE À  
LA FACULTÉ DES LETTRES ET SCIENCES HUMAINES

COMME EXIGENCE PARTIELLE  
DU DOCTORAT EN PSYCHOLOGIE (D. Ps.)

PAR

© LAURENCE D'ARCY-DUBOIS

L'AUTHENTICITÉ DES THÉRAPEUTES  
SELON LA PERSPECTIVE DES CLIENTS

JANVIER 2018

## Composition du jury

L'authenticité des thérapeutes selon la perspective des clients

Cette thèse a été évaluée par un jury composé des personnes suivantes :

Lucie Mandeville, directrice de recherche  
(Département de psychologie, Université de Sherbrooke)

Marc-Simon Drouin, membre du jury  
(Département de psychologie, Université du Québec à Montréal)

Gilles Delisle, membre du jury  
(Département de psychologie, Université de Sherbrooke)

## Sommaire

La place de l'authenticité du thérapeute en thérapie est loin de faire l'unanimité chez les cliniciens et les chercheurs. Elle demeure l'attitude la plus discutée en ce qui a trait au succès thérapeutique. Or, il ne suffit pas au thérapeute de démontrer son authenticité pour être perçu comme authentique par le client. Selon des études, la perception du client est le facteur le plus en lien avec le succès thérapeutique. Pour bien comprendre l'authenticité du thérapeute, son inverse, l'inauthenticité, est également un sujet d'intérêt qui a très peu été étudié jusqu'à maintenant. La présente thèse vise donc à combler en partie ce manque en adoptant l'angle de l'authenticité et de l'inauthenticité du thérapeute selon la perspective du client. L'objectif poursuivi est de décrire, selon la perspective des clients, les manifestations de l'authenticité et de l'inauthenticité du thérapeute, ainsi que leurs effets respectifs sur le processus thérapeutique. Un devis qualitatif exploratoire a donc été choisi. Des entrevues semi-structurées ont été réalisées auprès de sept clients de thérapie. Pour analyser les données recueillies, l'analyse thématique a été utilisée. Il en ressort que l'authenticité du thérapeute se manifeste par plusieurs qualités et compétences (accordage, connexion, intérêt, écoute, spontanéité, engagement, disponibilité, solidité intérieure, cohérence, partage des réflexions cliniques et du bagage personnel, humilité et dédramatisation par l'humour). De plus, le thérapeute authentique est capable de maintenir une saine distance avec le client et se montre détaché par rapport à sa rémunération. À l'inverse, un thérapeute inauthentique fait preuve de désaccordage, laisse planer des non-dits, démontre une absence de réactivité, ne semble pas intéressé et fait des interventions techniques, c'est-à-dire de manière stéréotypée. De

plus, un thérapeute inauthentique est perçu comme fragile et incohérent. En ce qui concerne les effets sur le processus thérapeutique, les thérapeutes authentiques favorisent le lien de confiance, le rapprochement, le dévoilement et l'exploration des difficultés, mais peuvent être déstabilisants en début de suivi. L'authenticité du thérapeute aide également les clients à rester motivés à poursuivre la thérapie et accélère le processus thérapeutique. Inversement, l'inauthenticité amène le client à douter de la compétence du thérapeute, génère un inconfort et représente un obstacle au dévoilement. Elle amène le client à se désinvestir et à arrêter prématurément la thérapie. En ce qui concerne les manifestations de l'authenticité et de l'inauthenticité du thérapeute, les résultats permettent de constater l'importance de la dimension non verbale de cette attitude pour les clients. De plus, ils permettent d'enrichir les connaissances limitées qui portent sur l'inauthenticité du thérapeute. Des recherches futures permettront de contribuer à une compréhension nuancée et contextualisée de ce que constitue une authenticité thérapeutique.

Mots clés : authenticité du thérapeute, inauthenticité du thérapeute, perspective des clients, recherche qualitative.

## Tables des matières

Sommaire .....	iii
Tables des matières .....	v
Liste des tableaux .....	vii
Remerciements .....	viii
Introduction .....	1
Contexte théorique .....	4
Relation thérapeutique et ses composantes .....	5
Relation réelle .....	7
Authenticité du thérapeute .....	12
Définition de l'authenticité du thérapeute .....	12
Définition de l'inauthenticité du thérapeute .....	14
Continuum entre authenticité et inauthenticité .....	15
Authenticité du thérapeute et efficacité thérapeutique .....	22
Composantes de l'authenticité du thérapeute .....	28
Présence du thérapeute .....	28
Dévoilement du thérapeute .....	40
Objectifs de la recherche .....	56
Méthode .....	57
Cadre méthodologique .....	58
Recrutement et sélection des participants .....	58
Description des participants .....	60
Méthode et outils de collecte des données .....	61
Considérations éthiques .....	63
Résultats .....	64
Analyse des données .....	65
Présentation des résultats .....	66
Manifestations de l'authenticité et de l'inauthenticité du thérapeute perçues par les clients .....	67

Effets de l'authenticité et de l'inauthenticité du thérapeute perçus par les clients	91
Discussion	102
Manifestations de l'authenticité et de l'inauthenticité du thérapeute	103
Distinction entre les manifestations liées à la relation et celles liées au thérapeute	104
Manifestations liées à la relation	105
Manifestations de l'authenticité et de l'inauthenticité du thérapeute liées à la personne	122
Effets de l'authenticité et de l'inauthenticité du thérapeute	127
Effets sur la relation de l'authenticité et de l'inauthenticité du thérapeute	127
Effets sur le processus thérapeutique de l'authenticité et de l'inauthenticité du thérapeute	134
Forces et limites de l'étude	139
Forces de l'étude	139
Limites de l'étude	141
Retombées cliniques	143
Recherches futures	145
Conclusion	148
Références	153
Appendice A	165
Appendice B	168
Appendice C	170
Appendice D	173
Appendice E	175
Appendice F	177

## Liste des tableaux

### Tableau

1	Indicateurs verbaux et non verbaux de la présence selon le modèle de Colosimo et Pos (2015).....	34
2	Indicateurs verbaux et non verbaux de la non-présence selon le modèle de Colosimo et Pos (2015).....	37
3	Profil des participants.....	60
4	Manifestations de l'authenticité et de l'inauthenticité du thérapeute perçues par les clients.....	67
5	Effets de l'authenticité et de l'inauthenticité du thérapeute perçus par les clients.....	91
6	Liens entre nos résultats et le modèle de Colosimo et Pos (2015).....	108

## **Remerciements**

Je tiens d'abord à remercier chaleureusement ma directrice de thèse, Lucie Mandeville, qui est pour moi une source d'inspiration à plusieurs égards. Elle a été d'un soutien indéfectible et a toujours cru en moi, même dans les moments où je doutais. Merci, Lucie, d'incarner à mes yeux l'humanisme.

Je souligne également l'aide apportée par le groupe Thèsez-vous, qui m'a permis d'avancer à travers les différentes retraites auxquelles j'ai eu la chance de participer. J'en retiens d'avoir rencontré des personnes passionnantes et motivantes.

Merci à mon employeur, l'Institut universitaire sur les dépendances du Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux du Centre-Sud-de-l'île-de-Montréal, et plus particulièrement à Véronique Landry, qui m'a permis de concilier la rédaction et mon travail.

Un petit mot de remerciement à tous les participants anonymes sans qui cette thèse n'aurait pas pu voir le jour.

La rédaction d'une thèse est un marathon qui semble parfois interminable. Mes parents et amis m'ont permis de traverser cette épreuve. Merci à mes parents, Jacques et



Sylvie, de m'avoir transmis le désir d'apprendre. Merci à Alexandra pour notre connexion cosmique. Merci, Christian, d'avoir été mon « coach » et de m'avoir rappelé à maintes reprises que la pensée magique ne ferait pas avancer le document. Merci, Karina, pour les soupers chauds et assis, et les voyages à New York. Merci, Dominic, pour ton empathie vis-à-vis de l'ampleur de la tâche et tes conseils.

En dernier lieu, merci, Tomi, d'être entré dans ma vie, de m'avoir soutenue et même parfois endurée dans les derniers milles.

## **Introduction**

L'étude approfondie de la relation thérapeutique s'avère pertinente dans le cadre de l'exercice de la profession de psychologue. Les recherches portant sur les facteurs communs en thérapie ont révélé que 30 % de son efficacité serait attribuable à la qualité de la relation thérapeutique (Lambert, 1992). La relation thérapeutique à elle seule pourrait contribuer à l'efficacité thérapeutique indépendamment de l'approche théorique (Norcross, 2002). En plus de son importance dans l'efficacité de la thérapie, la qualité de la relation pourrait également contribuer à prévenir les abandons prématurés (Horvath, 2000).

Rogers (1957) affirmait que la qualité de la relation thérapeutique est attribuable à trois attitudes essentielles du thérapeute : avoir un regard positif inconditionnel, manifester une compréhension empathique et être authentique. Néanmoins, la place de l'authenticité du thérapeute est loin de faire l'unanimité chez les cliniciens et les chercheurs. Elle demeure la plus discutée en ce qui a trait à l'influence des attitudes personnelles sur le succès thérapeutique (Kirschenbaum & Jourdan, 2005).

Dans le cadre de cette thèse, l'authenticité du thérapeute sera approfondie. À ce sujet, il ne suffit pas au thérapeute de démontrer son authenticité pour être perçu comme authentique par le client (Miller, Duncan & Hubble, 1997). C'est la perception du client de l'authenticité de son thérapeute, et non celle du thérapeute lui-même, qui serait le facteur le plus en lien avec le succès thérapeutique (Bachelor, 1991; Norcross, 2002). La perspective du client est donc l'angle choisi pour la présente recherche, permettant de

mieux comprendre comment se manifeste l'authenticité du thérapeute et son rôle dans le processus thérapeutique (Schnellbacher & Leijssen, 2009).

La compréhension approfondie de l'authenticité du thérapeute selon la perspective des clients vient avec l'exploration de l'absence d'authenticité du thérapeute, c'est-à-dire l'inauthenticité et l'effet qu'elle engendre dans le processus thérapeutique.

Cette thèse comprend cinq grandes sections, qui seront présentées dans l'ordre suivant : 1) le contexte théorique, 2) la méthode retenue, 3) les résultats, 4) la discussion au sujet de ces résultats et 5) la conclusion.

## **Contexte théorique**

Pour situer l'authenticité du thérapeute dans une perspective humaniste, la relation thérapeutique et ses composantes seront définies dans un premier temps avec un intérêt particulier pour le concept de relation réelle élaboré par Gelso et ses collaborateurs, qui sont les principaux chercheurs considérés dans la présente recherche. Dans un deuxième temps, l'authenticité du thérapeute sera décrite en s'attardant notamment à la perspective des clients. Troisièmement, les deux composantes de l'authenticité du thérapeute, la présence et le dévoilement de soi, seront examinées. Pour chacun de ces concepts, les définitions, les considérations théoriques et les résultats de recherches seront exposés. Les liens entre ces concepts et l'efficacité thérapeutique seront abordés au fil de cette section. Enfin, les objectifs de la recherche concluront cette section.

### **Relation thérapeutique et ses composantes**

La notion de relation thérapeutique se retrouve fréquemment dans les écrits scientifiques en psychologie. Enracinée dans la psychanalyse nord-américaine des années 30, elle est étudiée depuis les années 70 de manière empirique. Les recherches ont permis de démontrer de manière répétée que la relation thérapeutique est le facteur prédictif le plus important du résultat de nombreuses formes de traitements (Despland, de Roten, Martinez, Plancherel & Solai, 2000). Elle a été étudiée en lien avec la psychothérapie humaniste, mais aussi en lien avec le travail avec des approches

psychanalytique, comportementale et cognitive, de groupe, autant que dans le traitement pharmacologique. La relation thérapeutique peut être définie comme le lien qui s'établit entre le client et le thérapeute sur deux plans : affectif (p. ex., s'apprécier mutuellement) et collaboratif (p. ex., travailler ensemble vers un but) (Salamin et al., 2009). Elle peut comprendre trois dimensions : l'alliance thérapeutique, la configuration transférentielle et la relation réelle (Gelso & Hayes, 1998; Hill & Knox, 2009).

L'alliance thérapeutique peut être définie comme l'accord du thérapeute et du client à l'égard des buts de la thérapie et des actions à accomplir pour les atteindre. Elle implique aussi l'expérience émotionnelle qui est liée à ces buts et ces actions (Ligiéro & Gelso, 2002). Par exemple, le thérapeute et le client s'entendent pour diminuer la peur des foules (but) par la désensibilisation progressive (action). Le thérapeute est sensible à l'anxiété que peut vivre le client face au travail sur ses peurs (expérience émotionnelle).

La configuration transférentielle (transfert et contre-transfert) renvoie aux conflits vécus avec une personne significative du passé et à leur répétition dans des relations actuelles, notamment avec le thérapeute (Gelso & Carter, 1985). Plus précisément, la dynamique relationnelle qui s'établit est une réactualisation inconsciente de relations passées. Le client projette sur le thérapeute l'image et les émotions associées à un parent ou à une personne en autorité, par exemple, et provoque ainsi diverses réactions chez le thérapeute (contre-transfert) (Roussillon, 1999).

La relation réelle, quant à elle, est une relation dans laquelle chacun se montre authentique tout en percevant l'autre réalistement (Gelso, 2002).

Ces trois composantes (alliance thérapeutique, configuration transférentielle, relation réelle) seraient présentes à partir du premier contact, s'influenceraient mutuellement et leur importance relative dans la relation varierait en fonction de l'approche du thérapeute, de la durée de la thérapie et de la phase du traitement (Gelso & Carter, 1994). La présente thèse se penche sur la relation réelle qui grandit en importance au fur et à mesure de la progression de la thérapie (Gelso, 2009).

### **Relation réelle**

Les recherches portant sur la relation réelle sont peu nombreuses, contrairement à celles sur l'alliance thérapeutique et la configuration transférentielle. À notre connaissance, Gelso est l'instigateur de ces recherches et plusieurs collaborateurs se sont joints à son équipe afin d'en approfondir les bases empiriques. Dans la présente section, les définitions des composantes de la relation réelle, les outils pour les mesurer et les liens avec l'efficacité thérapeutique sont exposés.

**Définition de la relation réelle.** Deux composantes forment le concept de la relation réelle : le réalisme et l'authenticité (Gelso, 2002). Le réalisme est l'habileté à percevoir l'autre pour ce qu'il est dans l'ici et maintenant, sans que cette perception ne soit influencée par la relation transférentielle. Par exemple, cela se produit lorsque le



thérapeute donne un sens au retard du client selon sa situation actuelle (p. ex., le client arrive en retard à la séance, car sa voiture a eu un bris mécanique) plutôt que selon un transfert lié au passé (p. ex., son retard est la manifestation d'une opposition passive envers le thérapeute, qui est vu comme une figure d'autorité). L'authenticité réfère à la capacité d'être vrai envers soi et envers l'autre dans une relation mutuelle (Gelso, 2002), comme lorsqu'un thérapeute dit avec sincérité à son client qu'il est heureux de le voir. Inversement, un thérapeute qui ment à son client en disant, en réponse à une question du client, qu'il ne s'ennuie jamais durant leurs échanges, alors que cela survient, serait inauthentique.

**Outils de mesure de la relation réelle.** Deux questionnaires autorapportés ont été conçus pour mesurer la relation réelle. Les outils validés sont le *Real Relationship Inventory* pour le client (RRI-C; Kelley, Gelso, Fuertes, Marmarosh & Lanier, 2010) et le *Real Relationship Inventory* pour le thérapeute (RRI-T; Gelso et al., 2005). Ces questionnaires comportent 24 items divisés en deux échelles : le réalisme (p. ex., je suis capable de répondre de manière réaliste à mon client) et l'authenticité (p. ex., mon client et moi sommes capables d'être authentiques dans notre relation) (Gelso et al., 2005). Présentés à l'appendice A, ces questionnaires permettent d'évaluer l'occurrence de l'authenticité relationnelle en se basant sur une impression générale intangible et non à partir d'indicateurs spécifiques. Cette limite a suscité une volonté d'explicitier les manifestations de l'authenticité du thérapeute par l'entremise de la présente recherche.

**Lien entre la relation réelle et l'efficacité thérapeutique.** Jusqu'à maintenant, les résultats de trois études utilisant le RRI-T et le RRI-C indiquent que la relation réelle augmenterait la qualité de la relation thérapeutique et contribuerait à l'efficacité de la thérapie (Kelley et al., 2010).

Le lien entre la relation réelle et l'efficacité thérapeutique a été examiné dans une première étude de Fuertes et al. (2007). Cette étude a été réalisée auprès de 59 dyades thérapeute-client qui avaient auparavant participé à un nombre moyen de 16 séances. Pour mesurer la relation réelle, les questionnaires RRI-T et RRI-C ont été utilisés. Pour mesurer l'efficacité de la thérapie, le questionnaire validé *Counseling Outcome Measure* a été rempli par les clients (COM-C) et par les thérapeutes (COM-T). Ce questionnaire, conçu par Gelso et Johnson (1983), évalue les progrès du client depuis le début de la thérapie à partir de quatre éléments : les émotions, le comportement, la compréhension de soi et une impression générale d'amélioration de sa condition. L'échelle de Likert va de 1 (moins bon) à 4 (aucun changement) et de 4 à 7 (perception d'une amélioration de plus en plus grande). Les résultats de cette étude n'indiquent aucun lien entre la perception de la relation réelle selon des thérapeutes avec celle des clients. Par contre, il existe un lien positif entre la relation réelle perçue par les clients et le progrès thérapeutique perçu par eux-mêmes, mais pas par leurs thérapeutes. Ce résultat indique peut-être une difficulté chez les thérapeutes à percevoir avec justesse et exactitude l'expérience des clients ou le résultat même du processus thérapeutique. En ce sens, la perception des clients de l'authenticité du thérapeute et de l'efficacité thérapeutique

semble un aspect plus déterminant, d'où l'intérêt de s'y pencher dans le cadre de la présente recherche.

Par la suite, Marmarosh et al. (2009) ont également utilisé le RRI-C et le RRI-T pour mesurer la relation réelle avec un questionnaire différent afin de mesurer l'efficacité thérapeutique, le *Symptom Checklist Revised* (SCL-90-R), conçu par Derogatis, Lipman, Rickels, Uhlenhuth et Covi (1974). Ce questionnaire est composé d'échelles de Likert à cinq possibilités allant de « pas du tout » à « extrême » sur 90 éléments évoquant des symptômes psychopathologiques. Ces symptômes sont divisés en neuf dimensions : anxiété (p. ex., être nerveux ou avoir des tremblements intérieurs), dépression (p. ex., se sentir désespéré face au futur), hostilité (p. ex., avoir envie de briser des objets), plaintes somatiques (p. ex., avoir des douleurs thoraciques), obsession-compulsion (p. ex., vérifier à maintes reprises ce qui est fait), sensibilité interpersonnelle (p. ex., se sentir complexé en comparaison à autrui), phobies (p. ex., avoir peur des espaces ouverts), idéations paranoïaques (p. ex., avoir l'impression que les autres vont prendre avantage de soi) et manifestations psychotiques (p. ex., avoir l'impression que des objets familiers sont étranges ou nouveaux). Cette étude a été menée auprès de 79 clients ayant participé à une thérapie de 5 à 25 séances. Les conclusions s'accordent à l'étude précédente de Fuertes et al. (2007), c'est-à-dire que plus le degré de relation réelle est présent, plus la thérapie semble efficace. Cependant, contrairement à cette même étude, la perception de la relation réelle des thérapeutes, et non celle des clients, semble davantage associée au changement sur le plan de la symptomatologie des clients. Néanmoins, selon les auteurs,

lorsque les thérapeutes rapportent leur impression d'une relation réelle, celle-ci peut être confondue à la relation vécue avec des clients ayant de meilleures capacités relationnelles, qui ont également un meilleur pronostic de rétablissement et démontrent plus d'amélioration (Marmarosh et al., 2009).

Le lien entre la relation réelle et l'efficacité thérapeutique a également été étudié dans une étude de Lo Coco, Gullo, Prestano et Gelso (2011). Encore une fois, les outils pour mesurer la relation réelle ont été le RRI-T et le RRI-C, et l'outil mesurant l'efficacité thérapeutique a été le *Outcome Questionnaire-45* (OQ-45), proposé par Lambert et al. (1996). Il est constitué d'échelles de Likert à cinq possibilités allant de « presque toujours » à « jamais » au sujet de 45 énoncés répartis en trois dimensions : les symptômes de détresse (p. ex., j'ai des idées suicidaires), la qualité des relations interpersonnelles (p. ex., j'ai souvent des conflits) et l'implication sociale (p. ex., je sens que je m'épanouis à l'école/au travail). Cinquante clients ayant fait une thérapie d'un maximum de 12 séances ont participé à la recherche. Selon les résultats, la version du client de la relation réelle, et non celle du thérapeute, est liée positivement à l'efficacité thérapeutique, comme dans l'étude de Fuertes et al. (2007). Encore une fois, la difficulté de bien percevoir l'expérience des clients peut être une hypothèse explicative à ce résultat. Cependant, le nombre restreint de thérapeutes, l'absence de diversité en termes de genre (féminin) des thérapeutes et d'approches (psychodynamique seulement), ainsi que le jeune âge des clients (de 19 à 24 ans) limitent la généralisation des résultats et incitent à pousser plus loin les recherches sur ce sujet.

### **Authenticité du thérapeute**

L'authenticité est une composante de la relation réelle. Dans un premier temps, l'authenticité du thérapeute sera définie. Puisque cette attitude est dynamique (et non un état fixe dans le temps), l'authenticité et l'inauthenticité du thérapeute pourraient être conceptualisées comme les deux pôles d'un continuum (Kernis & Goldman, 2006). L'inauthenticité du thérapeute sera donc aussi définie pour mieux comprendre le concept d'authenticité du thérapeute lorsqu'il est absent dans la thérapie. Dans un troisième temps, le continuum entre authenticité et inauthenticité du thérapeute sera abordé. Dans un quatrième temps, les liens entre l'authenticité du thérapeute et l'efficacité de la thérapie seront présentés d'un point de vue théorique et empirique. À notre connaissance, il existe une seule étude ayant examiné l'inauthenticité du thérapeute et ses effets.

### **Définition de l'authenticité du thérapeute**

L'authenticité tire ses origines du mot grec *authentēo*, qui signifie avoir le plein pouvoir (Trilling, 1971). Sur le plan philosophique, Kierkegaard avançait que la personne authentique pose des actions en accord avec sa vérité intérieure et le sens profond de son existence (Kernis & Goldman, 2006). En ce sens, l'authenticité correspondrait à la cohérence entre ce qu'une personne est profondément et ce qu'elle fait concrètement.

Dans un contexte thérapeutique, Rogers (1957) définissait l'authenticité, nommée aussi congruence, du thérapeute comme une façon d'être selon laquelle il est profondément lui-même et fait preuve d'une conscience accrue de son expérience dans l'ici et maintenant. Delisle (2001) pour sa part indique cinq ingrédients indispensables à la réussite de la relation thérapeute-client : l'intimité (entre la distance, la froideur et l'intrusion), l'intégrité (entre la corruptibilité affective et l'intrusion), la prise de risque (entre la pusillanimité et la témérité), la centration (entre la dispersion et l'égotisme), la fascination (entre l'indifférence et la confluence). Ces cinq ingrédients, lorsqu'ils sont présents de manière non optimale, c'est-à-dire minimaliste ou excessive, deviennent des obstacles à la réussite de la relation thérapeutique et même à l'atteinte des objectifs de traitement.

L'authenticité peut s'exprimer verbalement, par exemple lorsque le thérapeute dit qu'il est content de rencontrer le client, et non verbalement, par exemple en manifestant une expression de joie (Lopez & Rice, 2006). Le contexte thérapeutique oriente, module et balise l'expression de l'authenticité. Cloninger (1993) avance que la flexibilité psychologique et comportementale des thérapeutes authentiques leur permet d'être pleinement eux-mêmes tout en étant au service du client. Elle suppose que le thérapeute est touché, surpris et transformé par la relation avec l'autre dans un dialogue curatif (Schnellbacher & Leijssen, 2009). En d'autres mots, le thérapeute connecte avec son humanité dans la coconstruction d'un chemin vers le rétablissement. Il s'établit alors des

relations thérapeutiques riches, profondes et puissantes qui favorisent le changement chez le client.

### **Définition de l'inauthenticité du thérapeute**

L'inverse de l'authenticité est l'inauthenticité. Selon Wood, Linley, Maltby, Baliousis et Joseph (2008), elle s'exprime lorsque la personne n'est pas cohérente avec elle-même, même si elle le fait dans le but de correspondre à un rôle ou des normes sociales. Selon Kernis et Goldman (2006), elle est une forme de conformisme impliquant une négation de la réalité intérieure pour adhérer à un système de croyances extérieures. Cette disposition oriente les choix, les comportements ainsi que la régulation émotionnelle d'un thérapeute en fonction de ce qui est jugé approprié dans un milieu donné (Sloan, 2007). Burks et Robbins (2011) expliquent que le thérapeute n'est pas conscient qu'il adhère à des modèles préétablis ne s'ajustant pas à la réalité clinique. Cette inauthenticité peut entraîner une cristallisation de l'expérience clinique, selon laquelle les perceptions et les interprétations de la réalité peuvent être rigides sans être remises en question ou soumises à une réflexion. Selon Cloninger (1993), les comportements inauthentiques sont stéréotypés et s'adaptent difficilement aux diverses circonstances. Par exemple, un thérapeute peut refuser systématiquement de répondre aux questions de ses clients au sujet de sa vie personnelle, en négligeant cependant l'effet de son refus sur l'alliance thérapeutique. Néanmoins, un thérapeute qui répond systématiquement aux questions du client peut aussi nier une part de son expérience.

### **Continuum entre authenticité et inauthenticité**

L'étude qualitative de Burks et Robbins (2011) s'est penchée sur le continuum entre l'authenticité et l'inauthenticité. Dix-sept psychologues ont été interviewés à l'aide d'une entrevue semi-directive, dans laquelle deux questions exploratoires étaient posées : « Quelles expériences personnelles, enjeux ou préoccupations les psychologues rencontrent-ils dans leur effort de vivre authentiquement? » et « De quelles manières les psychologues pensent-ils que leur authenticité ou inauthenticité affecte leur rencontre avec autrui et leurs interactions interpersonnelles en dehors de leur carrière professionnelle? » Afin d'enrichir les réponses, les questions de clarification suivantes ont été posées : « En tant que thérapeute ou en tant que personne en général, comment trouvez-vous votre authenticité? », « Comment faites-vous l'expérience de l'authenticité dans vos relations en dehors du bureau? », « Quelles expériences ont influencé votre habileté à être authentique personnellement et socialement? », « Comment définissez-vous l'authenticité d'une personne? » Une analyse thématique a permis de dégager les cinq grands thèmes suivants, qui seront explicités plus loin : 1) les compétences psychologiques peuvent faciliter l'authenticité dans les relations interpersonnelles, cependant être identifié à titre de psychologue peut entraver son authenticité dans des relations personnelles ou professionnelles; 2) l'authenticité se manifeste sur un continuum selon le rôle social et la situation; 3) l'authenticité est influencée par des qualités individuelles et des défis associés au genre d'une personne, à sa culture, à sa maturité et à sa spiritualité; 4) l'authenticité est un processus continu et interne d'exploration, de conscience et d'acceptation de soi; 5) les évaluations externes,



l'éducation et les expériences d'apprentissages interpersonnelles peuvent compléter l'exploration et la conscience de soi.

Le premier thème, « les compétences psychologiques peuvent faciliter l'authenticité dans les relations interpersonnelles, cependant être identifié à titre de psychologue peut entraver son authenticité dans des relations personnelles ou professionnelles », fait état des qualités psychologiques (introspection, mentalisation, autorégulation, etc.) qui contribuent à une plus grande authenticité. Par contre, les exigences de la profession de psychologue peuvent créer une pression d'être conforme à des attentes au sujet du rôle professionnel et des comportements qui y sont associés (écouter, questionner, analyser, etc.), et contribuer à un sentiment de ne pas être en connexion authentique.

Le deuxième thème, « l'authenticité se manifeste sur un continuum selon le rôle social et la situation », signifie que dans la vie personnelle des psychologues, l'authenticité est plus grande avec leurs amis intimes et de longue date, ainsi qu'avec les personnes qui sont perçues comme semblables à eux. L'inauthenticité dans la vie personnelle des psychologues s'observe davantage avec des personnes en autorité ou avec les personnes ayant des valeurs opposées, par souci de protection et de préservation du soi.

Le troisième thème correspond à l'idée que « l'authenticité est influencée par des qualités individuelles et des défis associés au genre d'une personne, à sa culture, à sa maturité et à sa spiritualité ». Le genre peut amener des défis dans l'expression de son authenticité. Par exemple, un thérapeute masculin pourrait être moins démonstratif de ses émotions. De plus, la culture influence l'identité et la définition de soi. Par exemple, un thérapeute provenant d'une société collectiviste se définira davantage par ses relations qu'un thérapeute d'une société individualiste, qui aura tendance à se définir par des caractéristiques personnelles. L'authenticité est également teintée par la maturité d'un individu que lui amènent ses expériences de vie. En ce sens, un jeune thérapeute pourrait être davantage inauthentique, car, puisque son bagage de vie est plus restreint, ses interventions s'appuient majoritairement sur la théorie plus que la sagesse qui vient avec l'expérience. Enfin, la spiritualité permet de croître et de développer des qualités d'ouverture, de réceptivité et d'humilité. Ces qualités peuvent contribuer à améliorer la qualité de présence du thérapeute et par conséquent son authenticité.

Le quatrième thème, « l'authenticité est un processus continu et interne d'exploration, de conscience et d'acceptation de soi », indique que l'authenticité se cultive tous les jours dans des expériences donnant l'occasion de prendre conscience de soi et de s'accepter. Ces expériences contribuent également à la confiance, l'estime de soi et la capacité d'être bienveillant envers soi. Elle demande de laisser tomber les façades et d'explorer sa vérité intérieure malgré la peur d'être jugé et les distractions du

quotidien, comme la fatigue accumulée après un grand nombre de clients vus dans une journée.

Le cinquième thème concerne « les évaluations externes, l'éducation et les expériences d'apprentissages interpersonnelles qui peuvent compléter l'exploration et la conscience de soi », et conséquemment la capacité d'être authentique. Les occasions de rétroaction par les autres, venant par exemple de la supervision, de la thérapie personnelle ou des groupes de codéveloppement, pour ne nommer que ceux-ci, donnent accès à un regard extérieur. Ce regard permet d'augmenter le contact avec soi-même, de s'observer et de mieux se connaître, ce qui augmente la possibilité d'être authentique.

L'ensemble de ces résultats laisse à penser qu'une grande variété de facteurs influence l'authenticité et l'inauthenticité du thérapeute et qu'il est alors impossible d'en arriver à une manière unique de la concevoir pour tous. L'étude de ce thème suggère que même si on réussit à le cerner davantage, notamment par des études empiriques, chaque expérience sera unique et ne pourra être évaluée selon des critères objectifs et extérieurs à la relation entre un thérapeute et son client.

Ces mêmes auteurs (Burks et Robbins) ont publié en 2012 une autre étude qualitative auprès de 17 psychologues sur l'authenticité et l'inauthenticité dans un contexte thérapeutique. Un premier objectif de recherche était de définir l'authenticité et l'inauthenticité selon les psychologues dans le cadre de leur profession. Le deuxième

objectif consistait à décrire comment leur authenticité ou inauthenticité affecte la relation avec leurs clients et la croissance de ces derniers. Notre recherche vise les mêmes objectifs, mais selon la perspective des clients. Le canevas d'entrevue de Burks et Robbins comprend quatre questions ouvertes : « Comment définissez-vous l'authenticité chez une personne? », « Comment ressentez-vous l'authenticité dans la relation thérapeutique? », « Quels sont les effets négatifs, le cas échéant, de l'inauthenticité d'un psychologue? » et « Si vous ne vous sentez pas authentique avec un client, y a-t-il une manière de devenir authentique? » Les auteurs reconnaissent le biais implicite des deux dernières questions, c'est-à-dire qu'elles suggèrent que l'inauthenticité est nécessairement une mauvaise chose et entraîne uniquement des conséquences négatives. En effet, lors de la validation de l'étude par un audit externe, ces éléments ont été soulevés et retirés des résultats. De ces entrevues, 11 thèmes ont été regroupés en trois grandes catégories lors de l'analyse thématique : 1) conceptualisation de l'authenticité; 2) authenticité dans la relation thérapeutique; 3) inauthenticité dans la relation thérapeutique (Burks & Robbins, 2012).

La première catégorie porte sur la conceptualisation de l'authenticité selon la perspective des psychologues. Selon eux, l'authenticité se définit comme une correspondance entre ses pensées, ses croyances, ses sentiments intérieurs et sa présentation extérieure, ses comportements. En effet, l'authenticité est perçue comme étant une cohérence entre le moi intérieur et le moi extérieur. Elle implique également la cohérence entre les différents rôles sociaux. Certains participants ont décrit l'authenticité

comme un soi réel et l'inauthenticité comme un faux soi. De plus, les participants conceptualisent l'authenticité du thérapeute comme un processus transitoire en constante évolution. Plusieurs participants ont estimé que pour devenir plus authentique, cela dépend de l'intégration et de l'acceptation des parties de soi qui peuvent être inconnues, réprimées ou émotionnellement douloureuses. L'authenticité se vit également dans un contexte relationnel. Certains participants ont fait valoir que l'authenticité n'existe pas isolément, mais est enchevêtrée dans nos interactions avec autrui. Elle fait appel aux dimensions non verbale et physique de l'authenticité, qui peut être ressentie sur le plan émotionnel et intuitif. Enfin, l'authenticité ne doit pas être confondue avec la transparence qui consiste à tout dévoiler sans filtre et sans considération. Une personne authentique exprime son expérience intérieure de manière fluide et ouverte aux autres, mais certains participants ont souligné que le tact dans l'expression de la vie intérieure est nécessaire pour respecter les autres et pour éviter les conflits destructeurs.

La deuxième catégorie correspond à l'authenticité dans la relation thérapeutique. Dans ce contexte, l'authenticité est comprise comme un processus réciproque et circulaire impliquant un partage émotionnel, vrai et honnête. De ce dialogue entre le thérapeute et le client émerge une compréhension mutuelle profonde. Cette compréhension ne se limite pas à la dimension cognitive, mais s'opère particulièrement sur les plans affectif, physiologique et sensoriel. L'authenticité relationnelle est possible lorsque le thérapeute crée une atmosphère de sécurité et d'acceptation. Pour les participants, l'authenticité du thérapeute nécessite un minimum de dévoilement de soi,

appelé transparence sélective, puisqu'une certaine opacité est nécessaire pour filtrer ce qui ne serait pas aidant pour le client. Toutefois, l'authenticité demande de prendre des risques et de se montrer vulnérable.

La troisième catégorie correspond à l'inauthenticité dans la relation thérapeutique. Les participants ont estimé qu'ils se doivent d'être conscients des moments inauthentiques, qui peuvent se manifester par des sentiments d'inconfort, de déconnexion ou d'autres sensations physiques. Un thérapeute inauthentique, qui prétend être intéressé au lieu de l'être réellement, peut être rapidement détecté par les clients. Des participants estiment que le niveau d'authenticité du thérapeute varie selon le client. Selon les participants, certains clients peuvent nécessiter plus ou moins d'authenticité, mais jamais d'inauthenticité.

Malgré le fait que les clients arrivent à ressentir les moments où leur thérapeute est inauthentique, il reste que ce concept demeure vague et peu concret. Pour répondre à cette lacune, notre recherche explorera cette dimension. De plus, comme mentionné, cette recherche montre que ce thème peut être étudié avec un biais positif, laissant supposer que l'authenticité est nécessairement une bonne chose, et l'inverse, une mauvaise chose. Il semble difficile d'objectiver cette notion et de faire en sorte que le processus de recherche et le chercheur même soit exempt de ces biais.

En somme, le continuum authenticité-inauthenticité du thérapeute est influencé par un ensemble d'éléments qui évoluent à travers le temps. Il se manifeste par la qualité de présence du thérapeute et par ce qu'il exprime au client. La section qui suit présente les études sur les effets de l'authenticité et de l'inauthenticité du thérapeute, notamment en lien avec l'efficacité thérapeutique.

### **Authenticité du thérapeute et efficacité thérapeutique**

Plusieurs écrits scientifiques rapportent des effets constructifs de l'authenticité du thérapeute. Selon une recension des écrits présentée dans Watson (2007), elle contribuerait à un changement personnel positif chez un client, sur le plan de son développement psychique, sa capacité réflexive, la symbolisation de ses affects et son autonomie, et elle améliorerait l'alliance thérapeutique. Pour leur part, les recherches de Mearns et Cooper (2005) montrent que l'authenticité constitue l'élément curatif de la thérapie, notamment lorsque la problématique du client est d'ordre relationnel. Yalom (2002) explique que l'authenticité du thérapeute est un facteur clé d'une thérapie efficace, notamment parce qu'elle exprime son engagement. De plus, en servant de modèle, elle encourage le dévoilement du client et accélère le processus thérapeutique.

Les études sur l'authenticité du thérapeute et l'efficacité thérapeutique seront d'abord présentées. Puis, une étude révélant des effets de l'inauthenticité du thérapeute sera décrite. Ensuite, les études s'étant penchées sur la perspective des clients par rapport à l'authenticité du thérapeute seront abordées.

**Études sur l'authenticité du thérapeute et l'efficacité thérapeutique.** Parmi les attitudes thérapeutiques, l'authenticité du thérapeute est celle qui semble la plus discutée en ce qui a trait au succès thérapeutique (Kirschenbaum & Jourdan, 2005). À ce sujet, Kolden, Klein, Wang et Austin (2011) ont mené une méta-analyse de 16 études de 1966 à 2009, regroupant 863 participants. Ils ont obtenu des résultats partagés. Les chercheurs ayant réalisé cette méta-analyse concluent que, malgré certaines disparités, il y a une prédominance d'un lien positif entre l'authenticité et l'efficacité thérapeutique. Selon leur méta-analyse, la majorité des études, précisément 13 d'entre elles, indique un lien positif entre l'authenticité et l'efficacité thérapeutique, et 3 études établissent un lien négatif entre ces deux composantes. Pour chacune des études, les chercheurs ont calculé la taille de l'effet relative de l'authenticité du thérapeute par rapport à l'efficacité thérapeutique, c'est-à-dire la force de l'association entre deux variables de manière à permettre la comparaison d'études réalisées à des échelles différentes ou avec des échantillonnages différents. Parmi les études indiquant un lien positif, la taille de l'effet relative peut être qualifiée de « petite » pour six études, de « moyenne » pour trois études et de « forte » pour une étude. Les trois études ayant montré un lien négatif présentent une taille d'effet relative qualifiée de « petite ». Ce résultat montre encore la difficulté de mesurer ce phénomène qui n'est pas exempt de biais ni de controverse chez les thérapeutes et les clients.



Les trois études dont la conclusion repose sur un lien négatif entre l'authenticité et l'efficacité thérapeutique ne sont pas récentes. Ce sont celles de Garfield et Bergin (1971), de Jones et Zoppel (1982) et de Truax (1971). Des chercheurs ayant posé un regard critique sur ces résultats contradictoires ont proposé quelques éléments de réflexion à ce sujet. L'un d'eux est de considérer la définition même du concept. En effet, dans certains cas, l'authenticité du thérapeute pourrait être comprise comme une forme de transparence, dans laquelle le thérapeute parle de lui-même avec excès et de manière inadéquate (Hill & Knox, 2002; Manthei, 2007; Orlinsky, Grawe & Parks, 1994). Un autre élément de réflexion porte sur les conditions nécessaires à l'authenticité pour qu'elle soit en lien avec l'efficacité. Parmi ces conditions, il y aurait l'empathie et la considération positive inconditionnelle. Par ailleurs, Hill et Lambert (2004), s'étant intéressés aux enjeux méthodologiques des recherches sur l'efficacité thérapeutique, mentionnent que le lien entre l'authenticité et l'efficacité perçue par le client présente souvent une relation plus robuste que lorsque ces variables sont évaluées par le thérapeute ou un tiers, par exemple un observateur.

**Étude sur l'inauthenticité du thérapeute et l'efficacité thérapeutique.** À notre connaissance, il ne semble pas y avoir d'étude ayant eu comme objectif d'étudier spécifiquement le lien entre l'inauthenticité et l'efficacité. La seule étude recensée ayant rapporté des effets de l'inauthenticité du thérapeute sur la thérapie a été réalisée par Ribner et Knei-Paz (2002). Il s'agit d'une étude qualitative de type constructiviste utilisant des entrevues non directives qui visait à mieux comprendre une relation

thérapeutique aidante du point de vue des clients. Elle a été menée auprès de 11 femmes vivant des problématiques familiales. Il était demandé aux participantes de raconter des expériences de relation avec leur thérapeute. Les résultats indiquent qu'un thérapeute qui adhère de manière excessive à son rôle professionnel en utilisant un jargon d'intervenant pouvait faire obstacle à la qualité de la relation thérapeutique. Selon les chercheurs, une trop grande distance professionnelle perçue par les clients et manifestée par une position d'expertise pouvait créer un sentiment d'infériorité et d'incompétence chez les clients. Ce résultat est indissociable de la manière circonscrite de définir l'inauthenticité qui est liée à une distance professionnelle exagérée et une position d'expertise étant vue comme supérieure, elle ne peut toutefois et évidemment s'en limiter.

**Études sur la perspective des clients du lien entre l'authenticité du thérapeute et l'efficacité thérapeutique.** Les études (Manthei, 2007; Gaines, 2003; Horvath et Symonds, 1991) qui sont décrites dans cette section se sont intéressées à la perspective des clients de l'authenticité du thérapeute.

Manthei (2007) a montré qu'il existe un écart entre la perception du client et celle du thérapeute. Il a réalisé une étude mixte (qualitative et quantitative) auprès de 31 dyades thérapeute-client. Les résultats ont été obtenus à l'aide de questionnaires parallèles créés spécifiquement pour cette étude, le *Client's View of Counselling Project Questionnaire* et le *Counsellor's View of Counselling Project Questionnaire*. Chaque questionnaire comprenait trois parties avec des questions à choix multiples et des

questions ouvertes. La première partie portait sur les expériences de thérapie antérieure du client. La deuxième partie était basée sur le *Process of Seeking Therapy Questionnaire* (Saunders, 1993). Ce questionnaire demandait aux clients la durée de la prise de décision avant de débiter une démarche en thérapie, les raisons qui les avaient poussés à consulter, les solutions tentées avant de consulter, ainsi que ce qui avait motivé leur choix de consulter à un endroit précis (proximité, tarifs, etc.). La troisième partie demandait aux répondants d'estimer, sur une échelle de Likert allant de 1 à 10 points, leur capacité de gérer leur difficulté avant la thérapie, lors de leur première séance et à la fin de la thérapie. Les clients et les thérapeutes ont également été invités à indiquer les facteurs intrathérapeutiques et extrathérapeutiques ayant contribué au rétablissement, à leur donner une valeur en pourcentage, puis à les classer selon un ordre du plus au moins important. Les clients et les thérapeutes devaient ensuite décrire trois événements de la thérapie qui leur semblaient particulièrement utiles/aidants et inutiles/non aidants. Ensuite, il leur était demandé d'indiquer à quel point ils avaient l'impression de bien s'entendre avec l'autre (thérapeute ou client) à l'aide d'une échelle de 1 à 10 points. Enfin, il y avait des questions sur les aspects facilitant le cheminement, le nombre de séances réalisées, les raisons ayant conduit à l'abandon de la thérapie et la personne ayant pris cette décision. Cette recherche, qui ne porte cependant pas directement ni exclusivement sur l'authenticité, conclut qu'il y a souvent des écarts de perception entre un thérapeute et un client, puisqu'il s'avère qu'environ une dyade sur deux rapporte des perceptions différentes. Ces résultats éclairent encore une fois sur la subjectivité des expériences, celles des clients et des thérapeutes. Bien qu'il soit évident

de privilégier le point de vue des clients, selon les multiples recherches qui arrivent à la même conclusion et surtout parce que c'est à ceux-ci que le service thérapeutique est rendu, il semble qu'il faille aussi considérer avec prudence les conclusions de recherches qui ne portent que sur le point de vue des thérapeutes.

Dans un essai théorique, Gaines (2003) prétend que la perception des clients est l'aspect le plus déterminant dans l'évaluation de l'efficacité thérapeutique. Les comportements du thérapeute ont un effet sur le client qui dépend du sens qu'il lui donne. Par exemple, un sourire pourra être interprété comme un accueil chaleureux ou comme étant l'objet de moquerie. Cette conception rejoint les résultats d'une méta-analyse réalisée par Horvath et Symonds (1991) regroupant 20 études menées de 1982 à 1991. Selon l'ensemble de ces études, la perception du client de l'alliance thérapeutique prédirait davantage l'efficacité thérapeutique que la perception du thérapeute.

Même si la perception des clients peut être déterminante en thérapie, il existe peu de connaissances sur cette perspective au sujet de l'authenticité du thérapeute (Schnellbacher et Leijssen, 2009). Cet angle de recherche a donc été retenu dans la présente recherche.

### **Composantes de l'authenticité du thérapeute**

Des chercheurs se sont penchés sur les composantes de l'authenticité du thérapeute. Le modèle de Kolden et al. (2011) précise qu'il existe deux composantes à l'authenticité du thérapeute. La première composante est la conscience de son expérience. La deuxième est la communication de son expérience par le dévoilement de soi. En ce sens, le thérapeute authentique est attentif à ce qui se passe à l'intérieur de lui et le communique dans le but de contribuer au cheminement du client.

En ce qui a trait à la première composante, la conscience de soi, Schnellbacher et Leijssen (2009) précisent par ailleurs que l'authenticité du thérapeute nécessite aussi une conscience de l'autre. Dans leur modèle, la conscience de soi et celle de l'autre sont réunies et font partie de la présence du thérapeute. La présente section traite d'abord de la présence du thérapeute, puis du dévoilement du thérapeute.

### **Présence du thérapeute**

Dans un premier temps, cette section aborde la définition de la présence à soi et la présence à l'autre. Puis, elle situe plus précisément la présence dans le contexte de la thérapie. Ensuite, elle présente des études sur la présence du thérapeute dans un contexte thérapeutique, ainsi que des considérations théoriques à ce sujet. Notre recherche se penche également sur l'inauthenticité et, en lien avec ce concept, elle aborde la non-présence. Dans un dernier temps, la non-présence en thérapie est également abordée dans cette section.

**Définition de la présence à soi et à l'autre.** La définition de la présence à soi couvre plusieurs aspects : la disponibilité à soi, l'attention portée à ce qui est vécu en soi physiquement ou psychologiquement et l'acceptation de ce vécu (Wood et al., 2008). Pour Kernis et Goldman (2006), la présence est une ouverture à soi, une écoute, une attitude de non-jugement et une compréhension des phénomènes intrapsychiques, qu'ils soient désirables ou non, et mêmes parfois paradoxaux. À ce sujet, par exemple, lorsqu'une thérapie prend fin, un thérapeute pourrait éprouver du contentement quant au cheminement accompli par le client et ressentir de la nostalgie en lui faisant ses adieux. Hodgins et Knee (2002) avancent que les personnes authentiques ont une tolérance face à leur expérience diversifiée. Elles ne se sentent pas menacées par celles qui sont pénibles ou difficiles. Elles les accueillent avec confiance et ouverture. Neff (2003) explique que ces personnes font preuve de compassion envers elles-mêmes, tout en ayant une représentation juste de leurs forces et de leurs limites.

La présence à l'autre comprend en bref la même disponibilité, attention et acceptation face au vécu de l'autre, ainsi que les mêmes attitudes d'ouverture, d'écoute, de non-jugement, de compréhension, de tolérance et de compassion envers l'autre.

**Définition de la présence en thérapie.** Ce sont les théoriciens existentialistes qui ont introduit le terme *présence* dans le contexte thérapeutique. Elle est la pierre angulaire de l'authenticité (Schneider & Krug, 2010; Yalom, 2002), c'est-à-dire

l'élément fondamental qui la constitue. La présence du thérapeute est la manifestation dans le contexte thérapeutique de la disponibilité, l'attention et l'acceptation face à son propre vécu et à celui de l'autre, ainsi que les attitudes d'ouverture, d'écoute, de non-jugement, de compréhension, de tolérance, et de compassion envers soi et l'autre. Elle permet au thérapeute de faire preuve d'une sensibilité kinesthésique et affective, afin de s'ajuster finement à l'expérience de son client (Geller, 2013).

La présence du thérapeute est l'implication émotionnelle qu'il dégage dans l'interaction, ici et maintenant (Schnellbacher & Leijssen, 2009). En ce sens, Geller et Greenberg (2012) ajoutent que l'implication émotionnelle du thérapeute dans l'ici et maintenant nécessite une présence à soi, une présence à l'autre, et également une présence à la relation.

La présence et la pleine conscience sont des concepts associés, mais qui se distinguent de deux façons (Geller, Greenberg & Watson, 2010). Premièrement, la pleine conscience est un état dans lequel le thérapeute maintient son attention dans le moment présent, alors que la présence est une condition globale qui est soutenue par la pleine conscience. Deuxièmement, la présence peut porter sur la relation entre le thérapeute et le client, alors que la pleine conscience est centrée sur soi. La pleine conscience est le moyen d'arriver à la présence à soi.

**Études sur la présence du thérapeute.** Récemment, la présence du thérapeute a suscité un intérêt scientifique (Colosimo & Pos, 2015). La compréhension de la nature de la présence et son effet en thérapie a évolué grâce aux travaux de Geller et ses collaborateurs (Geller, Greenberg & Watson, 2010; Geller & Greenberg, 2002, 2011, 2012; Geller, 2013; Geller & Porges, 2014).

D'une étude qualitative de Geller et Greenberg (2002) sur l'expérience de sept thérapeutes expérimentés est né un modèle sur la présence en thérapie. À la suite d'entrevues et d'une analyse thématique, trois composantes ont été retenues : la préparation à la présence, le processus de la présence et l'expérience de la présence. La préparation de la présence se fait avant de commencer une séance et inclut une intention d'engagement, d'ouverture, de non-jugement, d'acceptation et d'intérêt envers l'autre. Le processus de la présence correspond à l'oscillation du thérapeute entre sa réceptivité vis-à-vis du client et ce qui se passe à l'intérieur de lui-même. L'expérience de la présence est un sentiment d'expansion intérieure vécu par le thérapeute lorsqu'il est immergé dans le moment présent avec le client et pour son rétablissement.

Geller et al. (2010) ont repris les résultats de cette étude notamment au sujet du processus de la présence et de son expérience de la présence pour élaborer et valider un questionnaire autorapporté de 21 items : le *Therapeutic Presence Inventory* (TPI-T), présenté à l'appendice B. À l'aide d'une échelle de 1 à 7 allant de « complètement » à « pas du tout », les thérapeutes sont invités à évaluer leur expérience à la fin d'une



séance de thérapie à partir d'énoncés comme « J'étais pleinement présent durant la séance », « J'étais conscient de mon expérience intérieure » et de certains items inversés, par exemple « Je me sentais impatient et critique », « J'avais de la difficulté à me concentrer ». Les chercheurs ont également créé une version courte de trois éléments afin que les clients puissent rapporter leur perception de la présence de leur thérapeute (TPI-C). Trois énoncés couvrent ces éléments : 1) « Mon thérapeute était pleinement présent dans le moment avec moi »; 2) « Les réponses de mon thérapeute étaient réellement en accord avec ce que je vivais dans le moment »; 3) « Mon thérapeute avait l'air distrait » (item inversé). La conclusion principale de cette étude est que les questionnaires conçus ont une bonne fidélité et une validité conceptuelle. Une limite importante de ces questionnaires est que les énoncés se rapportent à une perception générale et non à des comportements précis. Par exemple, « Mon thérapeute était pleinement présent dans le moment avec moi » est une impression plutôt qu'une manifestation observable. Cette limite justifie notre choix de mieux comprendre les manifestations de l'authenticité du thérapeute en thérapie.

Colosimo et Pos (2015) ont approfondi le concept de la présence du thérapeute en travaillant la première phase d'une méthode d'analyse de tâches. Cette méthode (voir Greenberg, 2007) comprenait deux phases. La première était sous forme exploratoire et a généré le modèle de la présence du thérapeute. Ce modèle était construit sur la base des écrits scientifiques et de l'expérience des chercheurs, selon un processus itératif. Ensuite, le modèle devait être soumis à une phase d'observation de la tâche qui consiste

à valider le modèle par une série d'observations lors de séances de thérapie. À notre connaissance, les résultats de cette deuxième phase n'ont pas été publiés à ce jour.

Le modèle de Colosimo et Pos (2015) au sujet de la présence comprend quatre modes interdépendants : 1) être ici, 2) être maintenant, 3) être ouvert et 4) être ensemble.

Le mode « être ici » correspond à un contact soutenu du thérapeute avec son environnement physique, c'est-à-dire qu'il observe les réactions de son corps et celles du client. De plus, l'« être ici » se manifeste lorsque le thérapeute se recentre après avoir été distrait. Il suppose que le thérapeute redirige son attention sur ses sens, surtout ce qu'il voit et entend. De ce point de vue, le concept s'apparente à la pleine conscience du thérapeute. Ce dernier est perçu comme étant centré sur soi, l'autre et l'environnement, et il éprouve une solidité intérieure grâce à cette attention soutenue.

Le mode « être maintenant » est un aspect temporel de la présence. Il se définit par la capacité du thérapeute d'être dans le moment présent et de s'ajuster au rythme du client en modulant ses réactions à ce qui se passe à l'instant où cela se passe, sans l'influence de thèmes relatifs au passé ou au futur.

L'« être ouvert » est la disponibilité et la réceptivité du thérapeute lui permettant de souligner les éléments pertinents de la thérapie, même ceux qui sont subtils et à peine perceptibles. Le thérapeute ouvert est sensible et il accueille toute information nouvelle

sans jugement. En d'autres mots, il s'agit pour lui de faire preuve d'acceptation positive inconditionnelle envers le client.

L'« être ensemble » fait référence à la présence relationnelle, dans une rencontre intersubjective avec le client. Le thérapeute est centré sur les besoins du client, il fait preuve de compassion et d'empathie profonde. Il est engagé auprès de ce dernier et incarne une figure sécurisante, ce qui amène le client à se sentir en confiance.

Le tableau 1 présente la synthèse des indicateurs verbaux et non verbaux manifestant chaque dimension de la présence du thérapeute selon le modèle de Colosimo et Pos (2015).

Tableau 1

*Indicateurs verbaux et non verbaux de la présence  
selon le modèle de Colosimo et Pos (2015)*

Être ici	
Verbal	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Utiliser un vocabulaire concret et spécifique.</li> <li>- Verbaliser ce qui est observé du langage non verbal du client (p. ex., « je vois dans vos yeux que... »).</li> <li>- Encourager le client à en dire davantage (p. ex., « OK, oui, je vois »).</li> <li>- Mentionner au client un détail au sujet d'une rencontre précédente.</li> <li>- Demander au client de répéter pour s'assurer de n'avoir rien manqué.</li> </ul>
Non verbal	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Maintenir un contact visuel constant sans être intrusif ou insistant.</li> <li>- Faire des hochements de tête à des moments opportuns.</li> <li>- Avoir une posture calme, confortable, stable.</li> <li>- Avoir un visage expressif et des gestes montrant qu'on a de l'intérêt et qu'on est engagé.</li> </ul>

Être maintenant	
Verbal	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Explorer ce qui se passe pour le client actuellement (p. ex., « que se passe-t-il pour vous en ce moment? »).</li> <li>- Avoir un temps de réponse adéquat (ni trop rapide ni trop lent).</li> </ul>
Non verbal	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Faire des micro-ajustements du corps (p. ex., bouger la tête selon ce que le client dit).</li> <li>- Se synchroniser aux mouvements du client (p. ex., changer de posture en même temps).</li> </ul>
Être ouvert	
Verbal	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Avoir un discours empreint d'acceptation inconditionnelle.</li> <li>- Répondre de manière à susciter l'ouverture du client à son expérience.</li> <li>- Répondre ouvertement aux questions, aux remarques ou aux indications du client.</li> </ul>
Non verbal	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Avoir une posture confortable, en ouverture, orientée vers le client.</li> <li>- Avoir une expression faciale détendue et douce.</li> <li>- Tendre l'oreille en orientant délicatement sa tête.</li> </ul>
Être ensemble	
Verbal	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Avoir un ton de voix doux, posé et bienveillant.</li> <li>- Utiliser des mots, des métaphores qui correspondent au cadre de référence du client.</li> <li>- Utiliser le pronom <i>nous</i>.</li> </ul> <p>Vérifier sa compréhension des points de vue du client.</p>
Non verbal	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Rire et sourire mutuellement et naturellement.</li> <li>- Avoir une distance physique ajustée au besoin de proximité du client.</li> </ul> <p>Donner des réponses spontanées au besoin du client (p. ex., donner un mouchoir).</p>

Le modèle de présence du thérapeute de Colosimo et Pos (2015) est une amorce dans l'étude des manifestations d'une composante de l'authenticité du thérapeute. Notre recherche se situe dans le prolongement de travaux comme ceux-ci, mais elle se penche sur la perspective des clients.

**Études sur la non-présence du thérapeute.** À notre connaissance, le seul modèle de non-présence en thérapie est celui de Colosimo et Pos (2015), dans lequel elle est définie comme un contact faible du thérapeute avec lui-même, le client et l'environnement. Les chercheurs inversent les quatre modes de présence de telle sorte qu'« être ici » devient « être absent », « être maintenant » devient « être déphasé », « être ouvert » devient « être fermé », et « être ensemble » devient « être séparé ».

Le mode « être absent » se manifeste lorsque l'esprit du thérapeute est distrait, il n'est pas centré sur l'échange avec le client. Le thérapeute peut être perçu comme distant, retiré, endormi, mal à l'aise ou ennuyé. Bref, il donne l'impression de ne pas « être là ». Le client se sent laissé à lui-même. Le thérapeute est également absent, selon Colosimo et Pos (2015) lorsqu'il théorise ou hyperintellectualise au détriment de son engagement dans l'expérience immédiate.

Le mode « être déphasé » a lieu lorsque le thérapeute n'arrive pas à s'ajuster au rythme du client. Il est trop rapide ou trop lent, le client a le sentiment que celui-ci n'est pas à la même place que lui. Il propose des interprétations qui ne correspondent pas à sa vision actuelle. Ses interventions sont prématurées ou elles ne surviennent pas à un moment propice de la thérapie.

Le mode « être fermé » correspond au manque d'engagement et d'ouverture du thérapeute. Il peut faire preuve de peu de réceptivité. Il manifeste de façon verbale ou

non verbale un manque d'intérêt ou encore un jugement par rapport aux propos ou à l'expérience du client.

Le mode « être séparé » fait référence à un manque de collaboration. Le thérapeute a des objectifs différents de ceux du client. Il propose des points de vue qui ne rejoignent pas ceux du client et semble travailler pour son propre profit. Cet écart génère de la résistance et de la méfiance de la part du client.

Le tableau 2 présente une synthèse des manifestations verbales et non verbales des quatre modes de non-présence du thérapeute selon le modèle de Colosimo et Pos (2015).

Tableau 2

*Indicateurs verbaux et non verbaux de la non-présence  
selon le modèle de Colosimo et Pos (2015)*

Être absent	
Verbal	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Interrompre le client et changer le sujet de la discussion.</li> <li>- Utiliser un langage abstrait qui ne correspond pas à l'expérience concrète du client.</li> <li>- Ne pas refléter l'essentiel des propos du client.</li> <li>- Parler avec un ton de voix peu expressif, monotone et mécanique.</li> </ul>
Non verbal	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Maintenir peu de contact visuel.</li> <li>- Avoir une posture rigide ou de l'agitation, de l'impatience (tapement de doigt).</li> <li>- Avoir une expression faciale figée ou non cohérente avec ce que le client raconte.</li> <li>- Avoir les paupières lourdes, entrouvertes.</li> </ul>

Être déphasé	
Verbal	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Avoir un rythme qui ne correspond pas à celui du client.</li> <li>- Donner de rares encouragements verbaux visant l'évocation du client ou qui sont faits de manière automatique, robotique.</li> </ul>
Non verbal	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Faire des hochements de tête continuels ou ne jamais en faire.</li> <li>- Réagir avec des expressions faciales qui ne sont pas en cohérence avec les propos du client.</li> <li>- Faire des moments de silence non adaptés (trop longs ou trop courts).</li> </ul>
Être fermé	
Verbal	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Bâiller ou soupirer de manière bruyante.</li> <li>- Faire des commentaires stéréotypés.</li> <li>- Insister pour que le déroulement de la rencontre se fasse d'une certaine manière malgré les objections du client.</li> <li>- Exprimer des jugements.</li> <li>- Ignorer l'apport du client, ses questions, ses suggestions ou ses préoccupations, ses résistances.</li> </ul>
Non verbal	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Avoir des expressions faciales témoignant un désintérêt, un jugement.</li> <li>- Maintenir une posture fermée.</li> </ul>
Être séparé	
Verbal	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Imposer son style de communication, ses métaphores.</li> <li>- Poser des questions par curiosité.</li> </ul>
Non verbal	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Regarder ailleurs fréquemment.</li> <li>- Manifester peu d'engagement et de soutien (p. ex., ne pas rire ou sourire à une blague du client).</li> <li>- S'asseoir à une distance très éloignée du client.</li> </ul>

En lien avec ce modèle sur la non-présence, Colosimo et Pos (2015) se sont penchés plus particulièrement sur les facteurs qui nuisent à la présence et ils en ont déduit une classification qui comprend cinq facteurs : l'hyperintellectualisation, l'anxiété, la fatigue, la réactivité interpersonnelle et la distractivité. L'hyperintellectualisation résulte d'une surutilisation de processus analytique et théorique au détriment des processus d'ordre expérientiel (Pos, Greenberg & Elliott,

2007). Selon les chercheurs, les différentes manifestations de l'hyperintellectualisation du thérapeute sont une utilisation excessive du terme *pourquoi*, ainsi que des interprétations hâtives et un vocabulaire abstrait ou surspécialisé. Les indices non verbaux s'observent principalement chez le thérapeute par un regard qui, selon l'expression connue, semble être « tourné vers l'intérieur » (Colosimo & Pos, 2015). L'anxiété du thérapeute est liée à une peur face à soi ou face au client. Il peut avoir peur par exemple de se sentir incompetent ou de blesser le client. Cette tension intérieure se communique involontairement au client par des micro-expressions faciales (p. ex., tics nerveux, fixation du regard) et une réaction du corps (p. ex., retenir sa respiration, se reculer dans son fauteuil). La fatigue peut aussi affecter la présence du thérapeute en diminuant sa capacité de concentration, sa motivation et son humeur. Elle s'exprime par des bâillements, une position plus avachie sur la chaise, les yeux qui clignent. La réactivité interpersonnelle correspond à des pensées ou des sentiments qui sont en lien avec une expérience liée au vécu du thérapeute, qui détournent son attention du moment présent et qui limitent sa disponibilité. La distraction est aussi un détournement de l'attention vers un stimulus non pertinent pouvant s'exprimer par des sensations corporelles (p. ex., avoir faim, ne pas être assis confortablement), des sons (p. ex., des voix dans la salle d'attente, des bruits dans un bâtiment en rénovation) ou des éléments visuels (p. ex., une pièce sombre qui empêche de bien percevoir le client, une tenue vestimentaire excentrique du client qui distrait l'attention) (Colosimo & Pos, 2015).



Le modèle de Colosimo et Pos (2015) sur la non-présence est un complément à celui sur la présence du thérapeute. La présente recherche a tenu compte des manifestations indiquées dans ces deux modèles afin d'explorer l'inauthenticité du thérapeute, selon le point de vue des clients.

### **Dévoilement du thérapeute**

La présente section traite d'une deuxième composante de l'authenticité, le dévoilement du thérapeute. Dans un premier temps, une définition du dévoilement du thérapeute est proposée, et divers types de dévoilement ayant lieu en thérapie sont décrits. Dans un deuxième temps, la controverse sur le dévoilement du thérapeute en thérapie est abordée. Puis, dans un troisième temps, les études sur le dévoilement en thérapie sont présentées, ainsi que celles qui ont considéré la perspective des clients.

**Définition du dévoilement du thérapeute.** Le dévoilement de soi consiste à exprimer ses perceptions (Kolden et al., 2011). Schnellbacher et Leijssen (2009) précisent que le dévoilement du thérapeute est l'expression intentionnelle de sentiments, pensées, impressions, expériences, faits, opinions, valeurs et méthodes de travail. Selon Ziv-Beiman (2013), les thèmes les plus souvent dévoilés en thérapie sont l'approche théorique, les croyances au sujet de l'efficacité de la thérapie, les stratégies personnelles de gestion du stress, les excuses pour les erreurs professionnelles, les affirmations exprimant le respect à l'égard du client, les opinions sur les manières d'éduquer les enfants ou les émotions qui rejoignent celles exprimées par le client. Les sujets les moins

dévoilés en thérapie sont les rêves, l'attirance physique envers le client et les problèmes personnels actuels.

Maendly, Despland et Kramer (2013) proposent de distinguer le dévoilement qui concerne la vie personnelle passée ou présente (p. ex., « j'ai moi aussi des enfants ») de l'expression de réactions par rapport à un aspect de la thérapie (p. ex., « ce que vous racontez me touche »). Lorsque l'expression d'une réaction du thérapeute porte explicitement sur la thérapie, elle serait appropriée (Maendly et al., 2013). Il semble que le dévoilement du thérapeute concernant sa vie personnelle soit plus controversé (Ziv-Beiman, 2013).

Pour leur part, Knox et Hill (2003) proposent sept types de dévoilement du thérapeute. Le premier type concerne les faits sur sa vie personnelle et professionnelle (p. ex., « j'ai fait mes études doctorales en psychologie à l'Université de Sherbrooke »). Le deuxième type de dévoilement concerne les sentiments et émotions du thérapeute (p. ex., « j'ai été dans une situation similaire à la vôtre et j'ai été angoissé de ne pas savoir ce qui allait se passer »). Le troisième type est les prises de conscience du thérapeute lors d'expériences passées (p. ex., « lorsque j'ai eu un conflit avec un collègue de travail, j'ai réalisé que j'agissais de la même façon que je le faisais avec mon père quand j'étais petit »). Le quatrième type de dévoilement se rapporte aux stratégies d'adaptation utilisées par le thérapeute (p. ex., « quand je me trouve dans une situation stressante comme la vôtre, faire du sport me fait beaucoup de bien »). Le cinquième type

est l'approbation et le soutien du thérapeute (p. ex., « je comprends votre retenue, je trouve qu'il est difficile de se confier facilement à un étranger »). Le sixième type concerne les exemples du thérapeute pour amener le client à réfléchir à ses croyances ou ses comportements (p. ex., « lorsque je me suis séparé, il a été difficile pour moi d'admettre ma contribution à cette rupture »). Le septième type de dévoilement regroupe les pensées ou sensations immédiates concernant la relation ou la thérapie (p. ex., « vous me racontez les relations distantes avec les membres de votre famille et je me sens loin de vous. Est-ce aussi votre expérience? »).

**Controverse sur le dévoilement du thérapeute en thérapie.** Le dévoilement du thérapeute est loin de faire l'unanimité en thérapie. On croit qu'il est bon de se dévoiler, qu'il faut le faire avec parcimonie ou ne pas du tout se dévoiler (Knox & Hill, 2003; Maendly et al., 2013).

Rogers (1961) et Jourard (1971) ont été les premiers à considérer le dévoilement du thérapeute comme un outil qui favorise l'établissement et le maintien de la relation thérapeutique. Ils ont suggéré que ce type d'intervention favorise l'honnêteté, l'humanité, la compréhension et l'ouverture entre le thérapeute et le client. Pour Ziv-Beiman (2013), le dévoilement mutuel dans une relation thérapeutique établit un rapprochement avec l'autre, amène un client à s'ouvrir davantage en lui servant de guide. Goldfried, Burckell et Eubanks-Carter (2003) considèrent que le dévoilement permet d'enseigner des façons plus adaptées de penser ou d'agir par un processus de

modelage et de renforcement. Pour leur part, Hill et Knox (2002) estiment que le dévoilement du thérapeute valide ou normalise l'expérience du client et offre des solutions de remplacement aux attitudes et aux comportements qui sont source de souffrance. D'autres, comme Tabol et Walker (2008), proposent de l'utiliser pour rétablir une dynamique de pouvoir égalitaire dans des échanges où le thérapeute n'est pas idéalisé.

Néanmoins, depuis Freud (1912), le dévoilement du thérapeute peut être perçu comme un obstacle pouvant nuire à la neutralité requise par le transfert et compromettre l'analyse transférentielle, limitant ainsi l'efficacité de la thérapie (Knox & Hill, 2003). Même si en psychologie du soi (voir Orange, Atwood & Stolorow, 1997) le dévoilement donnerait accès à une expérience partagée et nourrirait l'espace intersubjectif (Bridges, 2001), il serait à éviter s'il a pour but de répondre au besoin du thérapeute, s'il entraîne un sentiment de confusion chez le client ou s'il le soumet à des préoccupations qui en fait appartiennent au thérapeute, ou encore s'il brouille les frontières entre les deux partenaires de la thérapie (Hill & Knox, 2002). De plus, le dévoilement du thérapeute pourrait avoir l'effet négatif d'inhiber l'exploration de l'expérience du client si celui-ci considère celle du thérapeute au détriment de la sienne (Knox, Hess, Petersen & Hill, 1997). En somme, pour les théoriciens et les cliniciens, les effets du dévoilement du thérapeute pourraient parfois être positifs et à d'autres moments négatifs. La section qui suit se penche sur les études sur les effets du dévoilement, mais selon la perspective des clients.

**Études sur les effets du dévoilement du thérapeute selon la perspective des clients.** Les études sur le dévoilement en thérapie ont été menées dans le but de mieux comprendre ses effets sur plusieurs aspects de la thérapie, par exemple sur les caractéristiques attribuées au thérapeute, le dévoilement du client, l'appréciation du client et l'efficacité thérapeutique. Les recherches sur ce sujet sont plus nombreuses que sur les effets de la présence du thérapeute, et ses manifestations sont observables et mesurables.

La présente section décrit les résultats de l'étude de Ramsdell et Ramsdell (1993) sur le dévoilement du thérapeute, tel qu'observé par les clients. Ensuite, elle traite des études quantitatives sur le sujet en commençant par les conclusions d'une méta-analyse (Henretty & Levitt, 2010), suivies des résultats de deux études portant spécifiquement sur les liens entre le dévoilement du thérapeute et l'efficacité thérapeutique (Barret & Berman, 2001; Kelly & Rodriguez, 2007). Les résultats de trois études qualitatives complètent cette section (Knox et al., 1997; Hanson, 2005; Audet & Everall, 2010), qui se termine par les observations recueillies lors de deux études de cas impliquant le dévoilement du thérapeute (Kasper, Hill & Kivlighan, 2008; Hill et al., 2008).

L'étude de Ramsdell et Ramsdell (1993) s'est penchée sur les comportements du thérapeute en questionnant 67 participants qui étaient des clients d'un centre de thérapie pour un minimum de six séances, quoique la durée de presque tous les suivis

s'échelonne de trois mois à un an. Il leur était demandé d'estimer le nombre de fois que leur thérapeute s'était dévoilé dans leur thérapie. Cinq possibilités de réponse leur étaient proposées : « jamais », « une fois », « 2 ou 3 fois », « de 4 à 9 fois », et « 10 fois et plus ». Par la suite, les participants devaient indiquer à quel point ce comportement avait affecté leur thérapie selon une échelle à quatre possibilités allant de « très préjudiciable » à « très bénéfique ». Les résultats indiquent que 58 % des participants ont rapporté avoir été témoins d'au moins un dévoilement du thérapeute, tandis que 6 % ont rapporté l'avoir été plus de 10 fois durant leur thérapie, et 46 % ont dit que leur thérapeute n'avait jamais fait de dévoilement. Sur le nombre de participants ayant été témoins d'au moins un dévoilement du thérapeute, 10,6 % ont jugé que ce comportement était très préjudiciable à leur thérapie; 6,1 %, qu'il était quelque peu préjudiciable; 25,8 %, qu'il était sans effet; 39,4 %, qu'il était quelque peu bénéfique; et 18,2 %, qu'il était très bénéfique.

Henretty et Levitt (2010) ont réalisé une méta-analyse de 61 études menées de 1973 à 2006 sur le dévoilement du thérapeute. Un des objectifs de cette méta-analyse était de mieux comprendre les effets du dévoilement du thérapeute sur les perceptions des clients. Les effets du dévoilement du thérapeute ont été étudiés en lien avec quatre thèmes : la perception des clients des qualités du thérapeute (expertise, confiance, charme, jugement clinique, empathie, congruence, regard positif inconditionnel, chaleur humaine); la satisfaction des clients envers la thérapie (désir de consulter de nouveau le thérapeute ou un thérapeute similaire, ou encore de le conseiller à un ami, appréciation

générale du thérapeute); le dévoilement du client (fréquence de dévoilement, envie de se dévoiler, caractère intime des dévoilements); et l'effet du dévoilement. Ces thèmes ont aussi été mis en rapport avec l'effet du non-dévoilement du thérapeute sur les participants.

Les 44 études recensées (voir appendice C) par Henretty et Levitt (2010) ont été comparées et synthétisées selon un effet positif, négatif, neutre ou mixte (c'est-à-dire à la fois positif et négatif) sur chaque thème. Trente-deux études se rapportent à l'effet du dévoilement du thérapeute sur ses qualités, selon la perception des clients. Parmi celles-ci, aucune n'a un effet significatif sur la perception de son expertise, de la confiance qu'il inspire, de son charme, de son jugement clinique, de son empathie, de sa congruence et de son regard positif inconditionnel. Un effet mixte a été observé sur la perception des clients au sujet de son attitude associée au charme, c'est-à-dire que certaines études ont trouvé une association positive, d'autres une association négative ou aucune association. Ainsi, le fait que le thérapeute se dévoile a des effets variables en ce qui a trait à son charme selon la perspective des clients. Le dévoilement du thérapeute semble avoir un effet positif sur une seule caractéristique, la chaleur humaine. Selon la méta-analyse, plus le thérapeute se dévoile, plus il est perçu comme chaleureux par des clients.

Dix études ont été recensées par Henretty et Levitt (2010) au sujet de l'effet du dévoilement du thérapeute sur la satisfaction des clients envers la thérapie. Il y aurait un

effet mixte concernant le désir de consulter de nouveau le même thérapeute ou un thérapeute du même type, ou encore de le conseiller à un ami. Ce résultat indique que les clients apprécieraient un thérapeute qui se dévoile, sans que cela suscite un engagement à long terme entre eux.

Dix-huit études ont été considérées au sujet de l'effet du dévoilement du thérapeute sur le dévoilement réciproque du client. Les chercheurs responsables de la méta-analyse concluent que le dévoilement du thérapeute, lorsqu'il est modéré, a un effet positif sur la fréquence avec laquelle le client se dévoile lui-même. Par contre, un effet mixte est observé en ce qui concerne l'envie des clients de se dévoiler et le degré d'intimité de leur dévoilement. Plus précisément, les clients se dévoileraient davantage, sans nécessairement avoir envie de le faire et sans qu'ils aient envie de révéler des aspects intimes d'eux-mêmes.

Trente études se sont penchées sur la comparaison entre le dévoilement ou le non-dévoilement. Selon la perspective des participants aux recherches recensées, les thérapeutes qui se dévoilent susciteraient plus d'effets positifs que ceux qui ne se dévoilent pas.

En somme, selon la méta-analyse de Henretty et Levitt (2010), le dévoilement du thérapeute le rend plus chaleureux et plus apprécié aux yeux des clients, et les encourage à se dévoiler davantage. Les chercheurs indiquent néanmoins des limites aux études



recensées. L'une d'elles est que la définition du dévoilement varie d'une étude à l'autre. Par ailleurs, plusieurs d'entre elles ont tiré leurs conclusions à partir de la quantité de dévoilements et leur effet sur la thérapie, sans se pencher sur le type de dévoilement. De plus, certaines d'entre elles ont été réalisées dans un contexte artificiel de thérapie, c'est-à-dire à partir de simulations plutôt que d'interventions professionnelles. Enfin, des variables modératrices (p. ex., le moment du dévoilement du thérapeute, la longueur du dévoilement, le lien avec un besoin exprimé par le client) peuvent avoir influencé les résultats. Malgré ces limites, les recherches sur la manifestation du dévoilement encouragent à pousser plus loin l'exploration et notamment le lien avec l'authenticité en thérapie (Henretty & Levitt, 2010).

Le dévoilement du thérapeute peut être étudié en lien avec l'efficacité thérapeutique, c'est-à-dire la diminution de symptômes psychopathologiques chez le client. À ce sujet, deux recherches valent d'être décrites : celles de Barret et Berman (2001) et de Kelly et Rodriguez (2007).

Barret et Berman (2001) ont mené une étude auprès de 36 clients et 18 thérapeutes qui participaient à quatre séances de thérapie. Il leur était demandé de noter, après chaque séance, leur niveau d'appréciation du thérapeute, le niveau de détresse associée à leurs symptômes et le degré de dévoilement de leur thérapeute. Le niveau de détresse a été mesuré à l'aide du questionnaire *Hopkins Symptom Checklist* (Derogatis et al., 1974). Il s'agit d'énoncés sur des symptômes psychopathologiques

(cauchemars, idéations suicidaires, sentiment de solitude, etc.) où les répondants doivent indiquer jusqu'à quel point chacun d'eux les affecte selon quatre possibilités allant de « pas du tout » à « extrêmement ». Le niveau d'appréciation du thérapeute était évalué à partir de l'énoncé « À quel point aimez-vous votre thérapeute? » Les participants l'évaluaient à partir d'une échelle à neuf possibilités allant de « pas du tout » à « vraiment beaucoup ». Le nombre de dévoilements du thérapeute était compté par un groupe de six observateurs à partir des enregistrements audio des séances. L'étude a conclu que les thérapeutes ayant reçu la consigne de se dévoiler plus fréquemment avaient un taux plus élevé d'appréciation par leurs clients qui présentaient un taux plus bas de détresse symptomatologique. Il est possible que le dévoilement du thérapeute soit une façon rapide d'établir une intimité relationnelle nécessaire à la création du lien de confiance, qui à son tour influence à la baisse la détresse des participants.

L'étude de Kelly et Rodriguez (2007) a été réalisée auprès de 83 patients en psychiatrie et 22 thérapeutes. Elle n'a montré aucun lien significatif entre la quantité de dévoilements des thérapeutes et la diminution de la détresse psychologique. Le *Brief Symptom Inventory* a été utilisé pour évaluer le niveau de détresse. Il est une version abrégée du SCL-90-R et il porte sur l'importance des symptômes éprouvés au cours des sept derniers jours, selon cinq possibilités allant de « pas du tout » à « extrêmement ». En ce qui concerne le dévoilement du thérapeute, le *Self-Disclosure Index* (Miller, Berg & Archer, 1983) a été adapté au contexte de la relation thérapeutique. Les thérapeutes ont été invités à indiquer la fréquence de leur dévoilement à l'aide de quatre possibilités

allant de « jamais dévoilé » à « complètement dévoilé » sur les sujets suivants : habitudes personnelles, actions accomplies, culpabilité, comportements qui ne seraient pas faits en public, sentiments les plus profonds, préférences et aversions, ce qui est important dans la vie, expériences formatrices, pires craintes, réalisations générant de la fierté et relations avec autrui. Les résultats ont révélé que la fréquence du dévoilement suit l'inverse du niveau de détresse, la fréquence plus élevée allant avec le niveau plus bas de détresse. Par contre, il ne semble pas y avoir un lien entre les types de dévoilement et l'évolution de la détresse psychologique. D'après les chercheurs, la qualité du dévoilement du thérapeute plutôt que la fréquence pourrait davantage être liée à l'efficacité thérapeutique, ce qui constitue une limite de leur étude.

Selon Ziv-Beiman (2013), s'il existe un écart entre la perception d'un client et d'un thérapeute au sujet de la qualité du dévoilement, c'est en raison du sens que peut en donner le client. Par exemple, un dévoilement pourrait être considéré comme un aspect du dialogue thérapeutique ou comme une révélation personnelle.

Trois études qualitatives (Knox et al., 1997; Hanson, 2005; Audet & Everall, 2010) se sont penchées plus précisément sur le sens que des clients ont donné au dévoilement du thérapeute. L'étude qualitative de Knox et al. (1997) mettait en lumière les effets du dévoilement du thérapeute sur l'efficacité thérapeutique selon le sens donné par le client. Treize clients ont participé à des entrevues semi-dirigées sur quatre thèmes : la relation thérapeutique, la fréquence de son dévoilement, ses effets sur eux et

sur la thérapie, ainsi que l'impression que le dévoilement avait été aidant ou non aidant. Selon les résultats de cette recherche, plus de la moitié des clients considèrent que le dévoilement du thérapeute améliore la qualité de leur relation thérapeutique, elle les rassure et les amène à percevoir le thérapeute comme un « humain ». De plus, le dévoilement du thérapeute est considéré comme aidant quand il contribue aux prises de conscience au sujet de situations vécues et à la modification de leur perception au sujet de celles-ci. Seulement deux clients ont rapporté des effets négatifs du dévoilement du thérapeute. Pour l'un d'eux, le dévoilement du thérapeute a pu générer un sentiment inconfortable associé à une trop grande familiarité ou intimité. Un autre participant rapporte que le dévoilement du thérapeute a suscité chez lui un questionnement par rapport aux frontières de la thérapie et le sentiment que celles-ci étaient « floues ». Toutefois, l'étude n'apporte pas de précision au sujet du type de dévoilement qui crée ces effets négatifs. Dans la foulée de ces études, la présente recherche s'intéresse aux effets qualitatifs, autant positifs que négatifs, du dévoilement selon la perspective des clients.

Des effets du dévoilement et du non-dévoilement ont également été rapportés dans l'étude qualitative de Hanson (2005) réalisée auprès de 18 clients en examinant rétrospectivement leur thérapie. Une question d'ouverture était posée, « Comment votre expérience de thérapie s'est-elle déroulée? », suivie de questions au sujet des situations de dévoilement ou de non-dévoilement du thérapeute. La méthode de comparaison constante a été utilisée. Sur les 157 situations rapportées, dont 131 de dévoilement et 26

de non-dévoilement, les codes de « aidant », « non aidant », « neutre » ou « mixte » étaient associés. Selon les résultats, les participants étaient deux fois et demie plus susceptibles de considérer le dévoilement du thérapeute comme aidant et deux fois plus susceptibles d'estimer le non-dévoilement comme non aidant. Sur les 131 situations de dévoilement rapportées, 92 étaient perçues comme aidantes. Les raisons évoquées à ce sujet étaient qu'elles favorisaient une relation réelle avec le thérapeute comprenant : un sentiment de connexion, d'intimité, de la proximité ou de la chaleur; une confiance, de la sécurité; un sentiment d'être profondément compris, accueilli ou pris en charge; une possibilité de s'identifier au thérapeute et un sentiment que le thérapeute prend la responsabilité de ses erreurs. Les autres effets positifs évoqués sont de rendre la relation plus égalitaire, jouer un rôle de modelage, permettre des prises de conscience, valider et normaliser l'expérience du client. En ce qui concerne la quarantaine de situations de dévoilement du thérapeute ayant été perçues comme non aidantes par les clients, les effets rapportés étaient une diminution de la confiance envers le thérapeute, un sentiment de gérer soi-même la relation thérapeutique et d'être mal à propos de soi ou la contamination de l'attitude négative du thérapeute. En ce qui concerne le non-dévoilement, 26 situations ont été répertoriées dont 18 sont décrites comme non aidantes. Les participants rapportent avoir vécu douloureusement le non-dévoilement, ayant pour effet de les inhiber et de nuire à la confiance envers le thérapeute. Par contre, dans 8 cas, le non-dévoilement a été perçu comme aidant par les clients lorsqu'il leur permettait de laisser cours à l'expression sans limites de leur propre expérience et de leurs projections personnelles à propos de leur thérapeute. Les éléments ressortis dans

cette étude sont possiblement similaires à ceux associés au sujet de la présente recherche sur l'authenticité et l'inauthenticité du thérapeute.

Audet et Everall (2010) ont mené une étude phénoménologique auprès de neuf clients ayant fait l'expérience du dévoilement d'un thérapeute. Des entrevues semi-dirigées ont été passées afin de découvrir les effets du dévoilement sur les pensées ou les sentiments des clients. Quinze questions étaient posées, dont les suivantes : « Quelles étaient vos pensées avant, pendant et après le dévoilement de votre thérapeute? », « Quels étaient vos sentiments par rapport au dévoilement de votre thérapeute? », « Quels effets le dévoilement de votre thérapeute a-t-il eus sur votre relation thérapeutique? » Selon les résultats, les effets favorables du dévoilement, lorsqu'il est fait en début de thérapie, sont qu'il contribuerait à créer une atmosphère « confortable » dans laquelle le thérapeute serait perçu comme étant accessible et accueillant. Le dévoilement permettrait aussi d'établir une connexion rapide et une relation perçue comme égalitaire entre le client et le thérapeute. Ce dernier serait vu comme plus humain, imparfait et « comme tout le monde ». Le dévoilement lié à l'expérience personnelle du client, à ses émotions ou à ses besoins thérapeutiques a comme effet qu'il se sent accepté et compris. Le dévoilement du thérapeute favoriserait également la révélation d'aspects vulnérables chez le client, et contribuerait à approfondir et à solidifier le lien thérapeutique. Les effets défavorables du dévoilement seraient qu'il peut provoquer un effet de surprise, d'étrangeté, de confusion et d'incertitude au sujet des rôles. Par exemple, un client pourrait avoir l'impression que les rôles sont inversés,

qu'il est momentanément le thérapeute de son thérapeute. Lorsque le dévoilement est trop fréquent, trop élaboré ou éloigné de l'expérience du client, celui-ci pourrait se sentir incompris. Un client pourrait se sentir submergé par un dévoilement qui confronte ses valeurs. De plus, l'intimité engendrée par un dévoilement personnel ainsi que l'expression de sa vulnérabilité pourrait aboutir à une perte de confiance envers le thérapeute et inhiber l'expression de ses propres fragilités. Les études sur les manifestations du dévoilement, telles que perçues par les clients, fournissent des éléments pertinents et nuancés au sujet de cet aspect de l'authenticité. La présente recherche s'y intéresse également.

Pour terminer, deux études de cas ont porté sur le dévoilement en thérapie. Celle de Kasper et al. (2008) a été réalisée auprès d'une femme ayant fait un processus thérapeutique de 12 séances. Les résultats concernent particulièrement le dévoilement de l'expérience immédiate du thérapeute et indiquent qu'il aurait permis à la cliente de mieux percevoir sa propre expérience et d'exprimer ses sentiments, il aurait renforcé le lien avec le thérapeute et aurait augmenté la satisfaction générale par rapport aux séances. Par contre, à certains moments, le dévoilement l'aurait fait se sentir sous pression, vulnérable et embarrassée. Les effets positifs du dévoilement du thérapeute ont également été soulevés dans une autre étude de cas menée par Hill et al. (2008). La cliente de cette étude avait fait une thérapie de 17 séances. Elle a rapporté que le dévoilement du thérapeute l'aurait aidée à s'ouvrir à son expérience, et les échanges

auraient été vécus comme une expérience relationnelle réparatrice. Contrairement à l'étude de cas de Kasper et al. (2008), aucun effet négatif n'a été rapporté dans l'étude.

En somme, la présente recherche se situe dans le prolongement des études ayant exploré la relation thérapeutique et particulièrement de l'une de ses composantes, la relation réelle, notamment en approfondissant le concept d'authenticité du thérapeute. Dans les études qualitatives s'étant intéressées aux effets provoqués par l'authenticité du thérapeute en thérapie, les résultats divergent, notamment en raison des différentes définitions qui lui sont attribuées, ainsi qu'à ses composantes. À ce sujet, la perception des clients semble néanmoins plus déterminante que celle du thérapeute. Les études qualitatives sur la perspective des clients ont permis d'avoir une compréhension plus précise de l'authenticité du thérapeute en le divisant en une composante non verbale, la présence, et une composante verbale, le dévoilement. Peu d'études portent sur la présence du thérapeute, contrairement au dévoilement du thérapeute, qui a été largement étudié. Cette étude exploratoire vise à poursuivre l'exploration des manifestations de l'authenticité du thérapeute selon l'expérience des clients.

Dans le but d'approfondir la notion d'authenticité du thérapeute, son inverse, l'inauthenticité, sera également exploré. Bref, cette recherche exploratoire vise à saisir la complexité du continuum authenticité-inauthenticité du thérapeute selon la perspective des clients et à améliorer notre compréhension de ce qui constitue une authenticité thérapeutique efficace.



### **Objectifs de la recherche**

L'objectif principal de cette recherche est d'explorer l'authenticité et l'inauthenticité du thérapeute, telles que perçues par des clients. Deux objectifs spécifiques sont visés. Le premier est de décrire les différentes manifestations de l'authenticité et de l'inauthenticité du thérapeute. Le deuxième est de décrire leurs effets positifs et négatifs sur le processus thérapeutique.

D'un point de vue théorique, la recherche permettra de mieux comprendre comment l'authenticité et l'inauthenticité du thérapeute affectent le client et influencent le processus thérapeutique. D'un point de vue clinique, elle permettra de mieux comprendre comment utiliser l'authenticité en thérapie et contribuer à la formation du savoir-être des futurs psychologues.

## **Méthode**

Cette section porte sur le cadre méthodologique de la présente recherche, le recrutement et la sélection des participants, une description des participants, la méthode et les outils ayant servi à la collecte de données, ainsi que les considérations éthiques.

### **Cadre méthodologique**

Puisque les objectifs de ce projet visent à décrire et explorer l'authenticité et l'inauthenticité du thérapeute selon la perspective des clients, un devis qualitatif s'imposait (Poupart et al., 1997). Cette étude est descriptive puisqu'elle s'intéresse à la recherche de sens, plutôt qu'à l'explication d'un phénomène. Elle s'inscrit dans un paradigme compréhensif en raison de la dimension subjective de l'expérience des clients vis-à-vis de l'authenticité et de l'inauthenticité de leur thérapeute (Ponterotto, 2005). À partir des témoignages des participants, cette étude vise à recueillir des données qualitatives pour obtenir une description riche et nuancée (Miles & Huberman, 2003). De plus, une méthode d'analyse inductive a été préconisée, c'est-à-dire une méthode avec laquelle le sens se dégage des données recueillies, sans ignorer pour autant les connaissances issues de la recension des écrits faite préalablement (Mucchielli, 2004).

### **Recrutement et sélection des participants**

Les participants ont été recrutés au moyen d'une brève annonce publiée sur des réseaux sociaux, ainsi que par du bouche-à-oreille. Le groupe de participants a été

constitué en fonction de deux critères d'inclusion : être âgé de plus de 18 ans et avoir fait un processus de thérapie récent, c'est-à-dire depuis moins de cinq ans. Ce deuxième critère visait à s'assurer que les participants puissent avoir les meilleures conditions de rappel du processus, afin de fournir des exemples précis et concrets. Il s'est avéré que les participants avaient tous fait plus d'un processus thérapeutique et ont parlé de tous leurs processus en les comparant les uns aux autres pour mieux définir les différences perçues entre les thérapeutes par rapport à leur authenticité et inauthenticité. Comme ces éléments étaient riches et que les participants en avaient un bon souvenir, nous avons pris la décision d'inclure toutes les expériences de thérapie, même celles qui dataient de plus de cinq ans.

Dans le but d'éviter des conflits d'intérêts et de favoriser la neutralité de la chercheuse, deux critères d'exclusion ont été appliqués au recrutement : ne pas être connu de la chercheuse, ni faire partie de son entourage immédiat. Le recrutement a débuté au printemps 2014 et s'est terminé à l'automne 2015. Les entrevues ont été réalisées de manière itérative, de telle sorte que les résultats ont été analysés au fur et à mesure après chaque entrevue. Cela a permis à la chercheuse de s'assurer, en cours de route, que le canevas d'entrevue répondait bien aux objectifs de recherche (Paillé, 1994).

La taille du groupe de participants a été déterminée par l'obtention de la saturation des données recueillies (Savoie-Zajc, 2011). Le nombre de participants a été

de sept. Ce nombre a permis d'atteindre les objectifs de la recherche tout en respectant l'ampleur d'une thèse de D. Ps.

### Description des participants

Le groupe de sept participants était composé de trois hommes et quatre femmes âgés de 29 à 39 ans de la grande région de Montréal. Ils détiennent tous une formation universitaire et ont fait plus d'un processus thérapeutique dans leur vie. Les thérapeutes consultés étaient d'approches théoriques variées. Le tableau 3 présente le profil des participants.

Tableau 3

#### *Profil des participants*

Code du participant	Sexe	Âge	Scolarité	Thérapie	Durée
P1	F	35	Universitaire maîtrise	1 <sup>re</sup> 2 <sup>e</sup> 3 <sup>e</sup>	3 rencontres 3 mois 7 mois
P2	F	29	Universitaire baccalauréat	1 <sup>re</sup> 2 <sup>e</sup> 3 <sup>e</sup>	1 an 2 séances 1 ½ an
P3	M	29	Universitaire baccalauréat	1 <sup>re</sup> 2 <sup>e</sup> 3 <sup>e</sup>	1 rencontre 1 ½ an 2 ½ ans
P4	F	30	Universitaire baccalauréat	1 <sup>re</sup> 2 <sup>e</sup>	5 rencontres 4 ans
P5	F	36	Universitaire diplôme de 3 <sup>e</sup> cycle	1 <sup>re</sup> 2 <sup>e</sup> 3 <sup>e</sup> 4 <sup>e</sup>	1 an 1 ½ an 2 ans 4 rencontres
P6	M	35	Universitaire baccalauréat	1 <sup>re</sup> 2 <sup>e</sup> 3 <sup>e</sup>	1 an 3 mois 4 rencontres

P7	M	39	Universitaire maîtrise	1 <sup>re</sup>	2 rencontres
				2 <sup>e</sup>	6 rencontres
				3 <sup>e</sup>	10 rencontres
				4 <sup>e</sup>	3 mois

### Méthode et outils de collecte des données

Les objectifs de l'étude et le niveau d'engagement requis étaient communiqués par téléphone ou par courriel, aux personnes qui manifestaient de l'intérêt à participer à la recherche. Il était annoncé que les entrevues seraient d'une durée d'environ 90 minutes et serviraient à recueillir leurs témoignages par enregistrement audio, donnant ainsi accès à leur vécu subjectif dans toute sa complexité (Kvale, 1996). De plus, un lieu permettant de préserver la confidentialité et un moment étaient convenus. Par la suite, le formulaire de données sociodémographiques (voir appendice D) et le canevas d'entrevue semi-structurée (voir appendice E) leur étaient envoyés par courriel.

Lors de la rencontre pour l'entrevue, le formulaire de consentement libre et éclairé (voir appendice F) était présenté et expliqué au participant, puis signé. Une copie de ce formulaire était remise à ceux qui le désiraient. Ensuite, le participant devait remplir le formulaire de données sociodémographiques. Ces données ont été recueillies afin de décrire le profil des participants. L'entrevue semi-structurée pouvait alors débiter.

Le canevas d'entrevue a été construit à partir des thèmes qui sont ressortis de la recension d'écrits, comme la qualité de présence, les dévoilements du thérapeute, les manifestations non verbales, etc. Ces thèmes ont toutefois servi de cadre de référence pour aider les participants à décrire leur expérience, sans être énoncés de façon spécifique dans le canevas. Ensuite, deux principales questions ont été à la base du canevas : Comment cette authenticité ou cette inauthenticité se manifestait-elle? Décrivez quels effets (positifs et/ou négatifs) ont eu ces manifestations. Afin d'approfondir les thèmes et d'obtenir des indices comportementaux, des sous-questions ont été posées : Quels étaient les indices qui vous permettaient de le sentir authentique? Quels étaient ses comportements? Ses attitudes? Ses mots? Ses expressions non verbales? Quels effets l'authenticité avait-elle sur vous? Sur la relation thérapeutique? Sur la thérapie?

Lors de l'entrevue, et après avoir défini l'authenticité et l'inauthenticité, afin de circonscrire le sujet et éviter la confusion avec le sentiment d'appréciation ou de non-appréciation du thérapeute (être authentique ne veut pas nécessairement dire « être aimé »), il était demandé au participant de décrire, le plus précisément possible, des situations où il avait perçu qu'un thérapeute était authentique ou inauthentique. À partir de ces exemples concrets, le participant décrivait les manifestations de l'authenticité et de l'inauthenticité, ainsi que ses effets. Les questions ouvertes du canevas étaient complétées par des questions de clarification et d'approfondissement afin que le participant puisse préciser sa pensée.

De plus, un journal de bord a été rédigé tout au long du processus. Il a permis de consigner les notes de la chercheuse, et de décrire et d'amorcer une réflexion sur les liens établis entre les différentes données recueillies. Ce journal a également été un outil de travail pour compiler les observations, les réflexions et le point de vue de la chercheuse. Il a assuré le développement d'une analyse critique du processus nécessaire à la validité de la recherche (Whittemore, Chase & Mandle, 2001).

### **Considérations éthiques**

Le projet de recherche a été soumis au comité d'éthique de la recherche à la Faculté des lettres et sciences humaines de l'Université de Sherbrooke. Une fois le projet accepté, les participants ont été recrutés sur une base volontaire. Les rencontres pour les entrevues ont été effectuées dans un endroit pouvant assurer la confidentialité et choisi par le participant. Au début de chaque entrevue, la chercheuse s'est assurée que le participant avait compris le formulaire de consentement libre et éclairé. Afin de préserver l'anonymat et la confidentialité des participants, le matériel enregistré et retranscrit a été identifié par un code. De plus, tous les documents papier ont été gardés sous clé chez la chercheuse, et les versions informatiques ont été protégées par un code d'accès. Une fois le projet terminé et le dépôt final de la thèse effectué, les données brutes seront détruites.



## Résultats

La section suivante présente les résultats des sept participants interviewés. L'analyse des données sera tout d'abord décrite, et les résultats permettant de répondre aux objectifs de cette recherche seront ensuite présentés.

### **Analyse des données**

L'analyse thématique (voir Paillé & Mucchielli, 2012) a été retenue puisqu'elle convient à la nature descriptive des objectifs de cette recherche. Les trois premières entrevues ont été effectuées et retranscrites par la chercheuse. Chaque entrevue a été réécoutée et comparée au verbatim initial afin de s'assurer de l'exactitude de la transcription. Une fois cette vérification faite, le verbatim a été exporté dans le logiciel QDA Miner, puis une première codification a été réalisée en divisant le texte en unités de sens, et en leur attribuant un mot ou un groupe de mots qui résumaient l'idée principale. Ensuite, certains thèmes ont été regroupés, divisés ou fusionnés jusqu'à l'obtention d'une liste de thèmes et de sous-thèmes.

Un accord interjuge de cette analyse préliminaire a été réalisé avec un étudiant au doctorat en psychologie, membre de l'équipe de recherche dirigée par Lucie Mandeville. Cela a permis de consolider la validité de l'analyse. Par la suite, les entrevues subséquentes ont été retranscrites et la codification a été effectuée au fur et à mesure. Cette démarche inductive de thématisation ininterrompue a l'avantage de produire une

analyse fine et riche du corpus (Poupart et al., 1997). L'arbre thématique s'est modifié tout au long de l'analyse.

L'arbre thématique final permettant de répondre aux objectifs de recherche a été présenté à l'étudiant ayant participé à la validation préliminaire, et des modifications ont été apportées. Par un consensus intersubjectif, ce regard extérieur sur les données a permis à la chercheuse de prendre du recul sur les résultats et d'élaborer une analyse juste, limitant ainsi les biais possibles.

### **Présentation des résultats**

La partie sur les résultats est divisée en deux grandes sections en fonction des objectifs de cette recherche. La première vise à décrire les manifestations de l'authenticité et de l'inauthenticité des thérapeutes telles que perçues par les clients. La deuxième section fait état des effets de ces manifestations. Chacune des sections débute par un tableau synthèse des thèmes, puis chacun d'entre eux est expliqué et illustré à l'aide d'extraits de verbatims. Ces extraits sont identifiés par le code du participant (p. ex., P1) pour préserver l'anonymat. Compte tenu du nombre restreint de participants, chaque aspect significatif, c'est-à-dire en lien direct avec les objectifs, chez un participant a été considéré dans l'analyse.

### **Manifestations de l'authenticité et de l'inauthenticité du thérapeute perçues par les clients**

Le tableau 4 présente les thèmes liés aux manifestations de l'authenticité et de l'inauthenticité du thérapeute rapportées par les participants. La colonne de gauche regroupe les manifestations liées à l'authenticité du thérapeute. La colonne de droite regroupe les manifestations liées à l'inauthenticité du thérapeute.

Tableau 4

*Manifestations de l'authenticité et de l'inauthenticité du thérapeute perçues par les clients*

Authenticité	Inauthenticité
Accordage	Désaccordage
Connexion	Non-dits
Saine distance	Absence de réactivité
Intérêt	Désintérêt
Écoute attentive	Interventions techniques
Communication de réflexions cliniques	Fragilité
Partage du bagage personnel	Incohérence
Détachement pécuniaire	
Solidité intérieure	
Cohérence	
Spontanéité	
Humilité	
Engagement	
Disponibilité	
Dédramatisation par l'humour	

**Portrait global.** La liste des qualificatifs du tableau permet d'établir un portrait global des thérapeutes perçus comme authentiques. Ce sont des personnes démontrant des habiletés qui se manifestent par l'accordage, la connexion à l'autre, l'établissement d'une saine distance, l'intérêt sincère pour l'expérience du client, l'écoute attentive, ainsi que le partage approprié de ses réflexions cliniques et de son bagage personnel. De plus, le thérapeute authentique démontre un détachement vis-à-vis de sa rémunération. Les participants perçoivent aussi le thérapeute authentique comme étant solide intérieurement, cohérent dans sa façon d'être et de travailler, spontané, humble, engagé, disponible et capable de dédramatiser des situations par l'humour. À l'opposé, un thérapeute inauthentique se manifeste lorsqu'il fait preuve de désaccordage, laisse planer des non-dits, ne présente pas de réaction en lien avec les propos du client, ne semble pas intéressé par ce qu'il vit et fait des interventions techniques. De plus, un thérapeute peut être perçu inauthentique s'il démontre une fragilité et fait preuve d'incohérence dans sa façon d'être et d'agir. Les manifestations de l'authenticité du thérapeute seront décrites dans un premier temps, suivies de celles concernant l'inauthenticité selon la perspective des participants.

**Manifestations de l'authenticité du thérapeute.** Dans cette section, les qualificatifs du thérapeute authentique seront abordés et illustrés par les propos des participants.

**Accordage.** Les participants de la présente recherche ont désigné l'accordage comme une manifestation de l'authenticité du thérapeute. Selon eux, l'accordage apparaît lorsque le thérapeute s'ajuste au client dans l'ici et maintenant. À partir de sa perception de la situation, le thérapeute se met au même diapason que le client. Cet ajustement peut se faire de manière non verbale, comme dans cet extrait du participant P1.

P1. - Je trouve que l'authenticité de ma thérapeute s'exprime de façon physique. Parfois, je sens qu'on est en communication, comme si elle s'ajustait à moi.

Cette habileté d'ajustement est perçue au moment où le thérapeute est à la fois perceptif, autrement dit sensible à ce qui se passe, et expressif, c'est-à-dire qu'il réagit spontanément aux propos du participant, notamment par des expressions faciales en lien avec ce qu'il raconte.

P3. - Parfois, elle va rire ou exprimer ses émotions. Elle réagit. Elle n'a pas tout le temps le même visage et je vois beaucoup de variations dans sa mimique.

P2. - Je le vois dans son non-verbal. Parfois, je dis des choses un peu niaiseuses qui pourraient la faire rire et je vois qu'elle sourit, qu'elle est là, disponible, et qu'elle réagit.

L'accordage dont fait preuve le thérapeute s'exprime aussi verbalement lorsque ce dernier détecte ce qui est important pour le participant et qu'il y répond adéquatement.

P4. - Il a vu que c'était important pour moi et il a commencé à m'expliquer les théories. Pas n'importe comment, mais pour que je comprenne.

Il peut s'agir aussi d'adapter son niveau de langage à celui du participant et de lui parler avec un vocabulaire qu'il comprend.

P1. - Elle me parlait comme si on était dans une cuisine avec des amis. C'est un langage qui était plus familier. L'authenticité, ce n'est pas tout le temps radieux, mais elle réussit à se mettre au même niveau que moi et c'est important.

Les processus sous-jacents à un bon accordage, tels le jugement clinique et l'intuition du thérapeute, sont également associés à l'authenticité perçue par les participants.

P1. - Quand on est en train de discuter, elle va me poser une question et je sens qu'elle me la pose parce qu'elle évalue la situation et utilise son jugement, mais aussi par d'autres mécanismes comme l'intuition. Elle suit beaucoup son intuition pour me guider.

**Connexion.** Les participants décrivent l'authenticité du thérapeute par sa connexion, c'est-à-dire sa qualité de présence relationnelle. Cela a pour effet d'engendrer le sentiment d'être soutenus dans leur démarche et de ne pas être seuls dans leur expérience.

P2. - Je sens qu'elle est là. Je sens qu'elle écoute ce que je dis. Je sens que la personne est avec moi, donc il y a une forme de soutien.

P4. - C'était plus une forme de coopération entre nous. C'était une relation de personne à personne.

Les participants ont l'impression d'être soutenus et accompagnés dans leur thérapie par une forme de rapprochement affectif du thérapeute et par son empathie.

P1. - Quand je lui parlais, je la sentais très à l'écoute. Quand j'ai ouvert mes yeux, elle me disait : « J'avais vraiment l'impression d'être avec toi, je sentais l'odeur que tu décrivais. » Donc, c'est un moment où j'ai senti de l'authenticité.

P4. - Quand je me mettais à pleurer ou que je ne pouvais plus expliquer certaines choses, lui, son objectif était très empathique, il se mettait à ma place. Quand je perdais mon objectivité, son but était d'une certaine façon de la perdre avec moi et d'entrer dans ce tourbillon-là pour voir où je m'en allais.

Pour les participants, cette connexion ressentie apparaît au même moment qu'ils perçoivent la profonde authenticité du thérapeute.

**Saine distance.** Les participants ont mentionné que, même si la proximité, l'intimité ou la familiarité avec le thérapeute reflète son authenticité, une saine distance en fait également partie. Elle correspond à la distance optimale, ni trop proche ni trop loin.



P3. - Je dirais que l'authenticité, c'est de s'approcher de la limite de la familiarité, sans la franchir.

Cette distance relationnelle fait en sorte que la relation est différente de celles que les participants expérimentent à l'extérieur de la thérapie.

P2. - Elle met une distance. Elle incarne d'une certaine façon l'image de l'amie, mais je n'ai pas accès à ça. Elle n'embarque pas dans mes patterns relationnels, dans mes travers personnels.

La saine distance permet aux participants de conserver une autonomie et un « espace » psychologique pour exister pleinement. La thérapie reste centrée sur leurs besoins avec comme objectif d'améliorer leur mieux-être.

P2. - Elle se prononce un peu, mais j'ai l'impression qu'elle m'oblige à conduire la voiture et fait le copilote. Parfois, elle me guide dans le chemin à prendre, mais c'est moi qui conduis. Si je n'avance pas, je n'avance pas.

P2. - Je sais que si je demandais : « Pensez-vous que je devrais faire ceci ou cela? », elle ne me répondrait pas. Elle me dirait : « Ce qui est important, c'est ce que vous voulez. » Elle s'implique sans s'impliquer dans mon processus. Elle m'oblige à trouver mes propres réponses.

La saine distance consiste à établir une relation à l'intérieur d'un certain cadre thérapeutique et à la maintenir dans ce cadre où des rôles différenciés sont définis.

P6. - Je ne sais pas si elle avait des enfants, si elle était mariée. Elle ne m'a pas parlé d'elle. Ça restait très professionnel. Elle était authentique,

mais elle mettait une certaine distance. La relation était celle d'un patient avec un thérapeute. C'était formel, mais c'était parfait.

Lorsque le thérapeute verbalise les limites de chacun dans un cadre professionnel et qu'il explique avec transparence les raisons de ce cadre, une participante mentionne que cela est une preuve d'authenticité.

P4. - Quand j'ai dépassé ses limites au début, sa façon d'être avec moi était authentique. Il ne m'a pas dit : « J'aimerais mieux que tu ne m'écrives pas par messages texte, je ne te répondrais pas. » Il m'a expliqué le processus de limites, où elles se situaient et pourquoi il les avait instaurées. Il me l'a expliqué avec transparence. Il m'a dit : « Ce sont les limites que j'ai définies pour qu'on puisse avoir une relation saine et avoir aussi ma vie privée, ma vie intime. » Il m'a tout expliqué et ça m'a permis de comprendre. Pour moi, c'est plus facile de respecter des limites si je comprends pourquoi elles sont là. En me disant ses limites, il n'est plus le thérapeute, il est un individu qui m'explique comment il a défini sa pratique. Dans ces moments, j'avais accès à lui en tant qu'individu. C'est de l'authenticité. Il est capable d'assumer le fait qu'il y a une personne derrière le thérapeute. Ce n'est pas comme s'il me dit : « Écoute, je suis ton thérapeute et on va évoluer dans les limites que j'ai fixées. » Il me dit : « Je suis une personne qui est un thérapeute et, toi, tu es une personne qui est ma patiente et voici les paramètres dans lesquels on peut avoir une relation de patient à thérapeute. » Dans un autre contexte, lui est autre chose et, moi, je suis autre chose. On est des individus à l'extérieur de la thérapie, mais, dans le contexte de la thérapie, on respecte des paramètres qui sont établis pour avoir une relation productive.

**Intérêt.** Une autre caractéristique témoignant de la capacité du thérapeute à créer et développer un lien authentique est l'intérêt sincère qu'il porte au participant, à ce qu'il dit ou ce qu'il vit.

P3. - Je sentais qu'elle était vraiment intéressée par ce que je vivais. On dirait que, même quand la rencontre était finie et qu'on était debout, il y avait une certaine discussion. Elle s'intéressait à ce que j'allais faire.

P5. - Ce que je disais était toujours considéré comme important. Elle était beaucoup dans le renforcement positif.

L'intérêt sincère du thérapeute envers les participants se manifeste également par l'importance qu'il semble accorder à la personne et son attitude de non-jugement.

P3. - C'était posé et senti, elle s'intéressait vraiment à moi.

P2. - Avec elle, je ne sentais aucun jugement ni perte d'intérêt face à ce que je racontais. Je sentais que, peu importe ce que je disais, elle était intéressée.

*Écoute attentive.* Pour les participants, un thérapeute authentique manifeste son intérêt par une écoute attentive. Il prête attention à ce qui est dit et vécu. Ce type d'écoute s'observe par le non-verbal du thérapeute.

P3. - Je vois dans son visage qu'elle est là, vraiment elle écoute.

P4. - Je sais que ses antennes sont ouvertes.

Cette écoute se traduit également verbalement lorsque le thérapeute arrive à détecter les changements subtils qui se produisent et à les mettre en évidence.

P1. - Elle détecte des choses, des modulations comme passer d'un niveau de langage à un autre. Elle n'est plus tant dans le contenu, mais dans une analyse méta où elle détecte vraiment beaucoup de choses.

De plus, le thérapeute est perçu comme ayant une écoute attentive lorsqu'il est en mesure de souligner ou de se souvenir de détails concernant le récit du participant.

P2. - Elle est très attentive et écoute tout ce que je dis. Je veux dire que parfois je dis des trucs anodins ou fais des lapsus, et elle les relève. Comme l'expression le dit, ça ne « passe pas dans le beurre ». Je sens qu'elle m'écoute, qu'elle est disponible et qu'elle est très attentive. Elle ne laisse rien passer, elle n'oublie rien dans ce que je dis.

*Communication de réflexions cliniques.* Les participants ont perçu l'authenticité du thérapeute lorsqu'il dévoile des aspects cliniques, telles ses réflexions, ses hypothèses, ses observations ou ses opinions professionnelles.

P5. - Elle me faisait ses analyses et ses interprétations. Je me sentais davantage comprise. Ça a été vraiment aidant qu'elle me partage ce qu'elle comprenait de moi et qu'elle reconnaisse les émotions difficiles que j'avais eues.

P7. - Il était authentique dans la mesure où il me parlait beaucoup. Il était très scientifique.

En outre, son authenticité se manifeste lorsqu'il communique les connaissances en psychologie qui orientent sa compréhension clinique et ses interventions, de manière compréhensible pour le participant.

P4. - Quand il me parlait de choses et que je posais des questions, il pouvait prendre 20 minutes pour m'expliquer un concept de psychologie. Il m'expliquait toute la théorie sous-jacente parce qu'il voyait que j'étais capable de comprendre. Pour moi, j'ai vu ça comme une forme de transparence.

Ce partage d'expertise explicite est fait de manière collaborative en permettant au participant de valider si les repères théoriques proposés concordent ou non à sa réalité.

P1. - Par exemple, elle va dire : « On est dans quelque chose d'exploratoire, mais j'ai fait une petite recherche là-dessus et je pense cela, qu'en penses-tu? »

***Partage du bagage personnel.*** Pour les participants, le thérapeute authentique partage son bagage personnel en dévoilant des aspects de sa vie personnelle ou professionnelle.

P1. - Une fois, je me souviens, elle est allée puiser dans son bagage personnel et elle m'a dit : « Oui, ça me fait penser à quelque chose que j'ai fait. » Elle a fait un parallèle avec ça.

P6. - Il me racontait des expériences de vie, des exemples d'autres patients. Il faisait des parallèles avec beaucoup de choses.

P4. - Quand il m'a dit qu'il enseignait, ça m'a fait voir qu'il était une personne.

P5. - Elle me parlait de la relation avec son fils quand il est né et de sa relation avec sa belle-famille. Elle donnait ça comme des exemples. Ça pouvait aussi être l'exemple de sa voisine. Je trouvais ça pertinent. Des fois, elle me parlait aussi de ses autres patients comme des exemples.

C'était très respectueux, la façon dont elle en parlait. Elle est très respectueuse et tolérante.

Il est toutefois souligné par une participante que le dévoilement peut introduire une confusion entre une relation d'amitié et une relation thérapeutique, d'où l'importance que le dévoilement soit fait avec une intention thérapeutique et qui respecte un certain cadre.

P5. - Le risque avec le dévoilement, c'est qu'il y ait une autre relation qui se développe, mais ça n'a pas fait ça. On est resté dans le cadre de la thérapie et ça a été efficace à ce moment-là. Ça avait du sens.

***Détachement pécuniaire.*** Pour que le thérapeute soit perçu de manière authentique par les participants, ces derniers ont mentionné qu'ils doivent sentir que la relation va au-delà d'un échange de service impliquant de l'argent.

P2. - Elle ne me fait pas sentir que c'est une question d'argent. C'est sûr que c'est son métier, mais elle ne me reflète pas l'idée que ce que je dis est ennuyant et qu'heureusement je la paye à la fin de la séance.

Comme une participante le mentionne, il est important pour elle de ne pas sentir qu'il existe un enjeu financier qui pourrait influencer l'attitude du thérapeute.

P4. - Au début, j'étais angoissée de faire une thérapie. J'avais bien des préjugés envers les thérapeutes. J'avais peur d'avoir un thérapeute dont le revenu dépendait du fait que je continue ou non la thérapie. J'avais peur qu'il me garde en thérapie toute ma vie, qu'il ne règle jamais mes problèmes. Je voulais y voir une fin. Il m'a expliqué que ses patients n'étaient pas sa seule source de revenus et que c'était super important

pour lui. Pour s'enlever cette pression, il a commencé à enseigner. Ça m'a rassurée de voir qu'il avait autre chose, que c'est un être humain et qu'il n'était pas juste mon psychologue.

En ce sens, un thérapeute qui propose de mettre fin à la thérapie lorsqu'il juge qu'il ne peut apporter plus à la personne, cela peut également être vu comme étant une preuve d'authenticité.

P6. - C'est une autre raison pour laquelle j'ai trouvé qu'elle était authentique. Comme professionnelle de la santé mentale, quand elle jugeait qu'elle m'avait apporté ce qu'elle pouvait et que j'étais arrivé au bout de ce qu'elle avait à offrir, elle me l'a dit. Elle n'a pas continué à me faire venir et à me facturer en étant insensible. Elle n'était pas le stéréotype du psychologue qui n'écoute pas et qui dit « merci pour votre chèque » à la sortie, comme on le voit dans les caricatures.

*Solidité intérieure.* La solidité intérieure du thérapeute est décrite par les participants comme une stabilité émotionnelle face aux propos ou au vécu lors des séances et elle est une qualité qu'ils associent aux thérapeutes authentiques.

P2. - J'ai l'impression que, peu importe ce que je dis, que je pleure, que je sois fâchée ou pas, elle est un peu toujours de la même façon. Elle est stable au niveau de son humeur. Je ne la sens pas au bord des larmes ou déstabilisée par ce que je dis autant dans son verbal que dans son non-verbal. Peu importe ce que je vais dire, si elle a à me confronter, je pense qu'elle le fait. Si elle a à me rassurer, elle le fait. Peu importe l'émotion ou ce que je dis, elle est stable dans sa façon de réagir, donc je la sens solide.

Comme un participant l'évoque, le thérapeute solide intérieurement arrive à contenir ses propres émotions face au vécu d'autrui. Il reste centré sur ce que la personne vit.

P5. - Elle restait centrée sur mon discours et recueillait ce que, moi, je vivais comme émotion, mais elle n'avait pas les yeux dans l'eau ou elle n'était pas envahie par l'émotion. Elle n'était pas en train de bégayer ou d'être troublée physiquement. Elle restait en maîtrise et centrée sur moi. J'avais besoin de quelqu'un de solide pour m'accueillir. Elle l'était.

La solidité du thérapeute peut également s'exprimer dans une posture calme et souple qui est visible, et un propos pertinent.

P3. - C'est vraiment dans le non-verbal. Ça paraissait qu'elle était assise confortablement dans sa chaise, les mains entrecroisées. On sentait vraiment qu'elle était détendue. Il n'y avait pas de rigidité, elle était apaisée elle-même. On aurait dit qu'elle était dans un état de relaxation.

P7. - Je sentais que c'était un expert dans son domaine. Il ne me donnait pas l'impression de dire n'importe quoi.

**Cohérence.** La cohérence du thérapeute, pour les participants, est une correspondance entre ce qu'il est, ce qu'il fait et ce qu'il dit. Ils ont l'impression que la façon d'être et d'agir d'un thérapeute authentique est fidèle à lui-même. Même s'il est dans un rôle de thérapeute, il incarne sa personnalité.

P5. - C'est quelqu'un de très extraverti, ça paraissait dans sa pratique. Elle ne pouvait pas s'empêcher de parler. Elle était fidèle à elle-même.



P6. - Je sentais que sa façon d'être dans le bureau avait l'air d'être en accord avec ce qu'elle était dans la vie. Elle était cohérente avec elle-même. C'était une madame calme, posée, douce. Elle avait l'air d'une personne qui ne jugeait pas. Je sentais que son approche et elle, les deux allaient ensemble, que c'était cohérent, même si je ne connaissais pas vraiment cette personne, dans sa vie quotidienne.

P6. - Je sentais que c'était authentique. Encore une fois, c'est une question d'instinct. J'avais l'impression que ce qu'il me présentait lui ressemblait. C'était vraiment lui, ce qu'il y avait dans son bureau, sa façon de le décorer. Il y avait des masques africains, des toiles abstraites.

Une nuance intéressante est apportée par une participante au sujet du lien entre la cohérence et l'authenticité. Elle mentionne que la cohérence ne signifie pas de tout révéler de sa personne ou d'être transparent, mais que le thérapeute prenne des décisions en accord avec lui-même, ses croyances et ses exigences personnelles. Par exemple, il peut choisir de ne pas partager ses émotions s'il ne le souhaite pas, selon ses choix professionnels.

P1. - J'imagine que tu ne veux pas te mettre à pleurer chaque fois que ton client pleure. Il doit y avoir des moments où le thérapeute doit un peu se bloquer. Il a des sentiments, mais il n'intervient pas en fonction de ce qu'il ressent et c'est un choix. Ça peut être un choix éthique, un choix professionnel. C'est authentique dans le sens où tu es cohérent avec ce que tu as décidé de faire.

**Spontanéité.** La spontanéité du thérapeute authentique est perçue par les participants lorsque celui-ci réagit naturellement à ce qui se passe sur le moment, sans réflexion préalable, ou qu'il répond aux questions par des réponses sincères et personnelles.

P3. - Elle était sincère. Je sentais que c'était spontané, pas réfléchi pendant deux heures.

P2. - Elle rit quand je fais des blagues. Ce n'est pas un rire faux. Tu sens que c'est vrai et naturel.

P1. - Je vais lui poser des questions, je vais lui demander son avis sur quelque chose. Elle va me répondre en fonction de ça. Souvent quand je lui pose des questions, je n'ai pas l'impression qu'elle me donne une réponse toute fabriquée à un type de question.

***Humilité.*** Pour les participants, l'humilité du thérapeute authentique se manifeste en reconnaissant ses limites, ses erreurs et ses imperfections. Lorsqu'il admet ses failles et donne raison au client, cela le rend humain à ses yeux.

P3. - Je le vois quand elle reconnaît ses erreurs. Il y a une séance où l'on aurait dit qu'elle était vraiment stressée. J'avais l'impression qu'elle n'était pas là. Elle avait comme une attitude agressive. À un moment donné, je lui parlais d'une situation anxieuse. Elle m'avait dit précédemment qu'on allait y aller à mon rythme et là elle ne tenait pas compte de mon expérience. C'est comme si je sentais qu'il y avait quelque chose qui la préoccupait. Je sentais tellement une tension que j'ai pensé lui dire. La semaine d'après, quand je lui ai parlé de ça, je lui ai dit : « Écoutez, vous m'avez dit que je pouvais prendre mon temps, mais vous me reprochiez de prendre mon temps. » C'est là qu'elle a dit : « C'est vrai, je suis désolée, tu as raison. »

De plus, les participants insistent sur le fait qu'un thérapeute humble ne se présente pas en expert omniscient et omnipotent. Il exprime ses idées en parlant d'interprétations ou d'hypothèses qui peuvent alimenter la réflexion du client, pas de vérités absolues.

P5. - Ce que je trouvais authentique, c'est qu'elle me disait toujours que c'était ses interprétations et pas la réalité. C'est toujours clair que ce qu'elle disait était son interprétation et elle n'imposait pas ça comme vérité. Il y avait toujours le préambule. C'était une hypothèse parmi d'autres. On cherchait ensemble des réponses et elle me donnait sa vision, qui n'est pas nécessairement LA vision. J'ai trouvé ça authentique de sa part. Ça ne faisait pas d'elle l'experte. En même temps, je pense qu'elle avait toujours une longueur d'avance sur moi, mais ça, c'est correct. Elle ne se présentait pas en experte, c'était un travail à deux. C'est ça que j'attendais.

L'humilité du thérapeute peut également être la souplesse avec laquelle il remet en question ses façons de faire pour mieux s'adapter au participant. Cela se traduit entre autres par une recherche d'amélioration constante.

P4. - À la fin de la thérapie, on a discuté un peu et il me disait que souvent je le mettais au défi en lui donnant mon avis sur comment ça allait, en le questionnant ou en partageant mes idées. Je le poussais et il avait besoin de prendre du recul. Je lui disais ce que je pensais. Je le bousculais pas mal. Ça lui demandait d'être alerte, il fallait qu'il suive. Il m'a dit : « Au début, tu m'en demandais beaucoup, tu me demandais une présence intellectuelle à laquelle je n'étais pas habitué. J'étais en début de pratique et tu remettais en question les processus, les lieux communs de la thérapie qui ne te convenaient pas et on travaillait ensemble sur une solution. » Il m'a expliqué que je lui avais permis de se familiariser rapidement avec sa pratique parce que j'avais été un défi stimulant. Je pense que mon psychologue, de par sa nature voulant s'investir avec ses patients, est quelqu'un qui va toujours être prêt à remodeler sa pratique. J'ai vu ce désir-là dans les trois années où j'ai été en thérapie.

L'humilité est aussi observée chez le thérapeute authentique lorsque ce dernier fait preuve d'honnêteté face à ses propres limites.

P6. - La thérapie s'est terminée quand elle m'a dit : « Je ne peux plus rien pour toi, on a fait notre bout de chemin. » Je trouvais que j'allais mieux, mais j'avais encore des problèmes à régler. Elle m'a dit : « Je ne peux rien faire de plus pour toi, je suis allée au bout de ce que je pouvais. » C'est là que j'ai changé de thérapeute. J'ai pris du temps pour réfléchir et j'ai pris du temps pour essayer de trouver quelqu'un d'autre qui avait une autre approche.

Enfin, l'humilité du thérapeute transparaît dans des dévoilements au sujet de difficultés rencontrées ou d'échecs vécus dans sa propre vie.

P6. - Quand il me parlait de lui-même, ça le rendait peut-être plus humain. J'avais l'impression que, par son expérience, il avait eu des problèmes. Pas similaires aux miens, mais il avait eu aussi des problèmes dans la vie.

**Engagement.** L'engagement du thérapeute se manifeste par l'investissement dont il fait preuve au sein de la relation thérapeutique, par exemple par ses paroles encourageantes. Le thérapeute engagé est celui qui est perçu par les participants comme ayant une volonté sincère de les aider à évoluer vers un mieux-être.

P2. - J'ai l'impression qu'elle est authentique en étant intéressée à ce que je dis. J'ai l'impression qu'elle a réellement envie de m'aider. Des fois, en me déculpabilisant, en me poussant plus loin ou en me confrontant. J'ai l'impression qu'elle essaye réellement de m'aider.

Cet engagement est également observé dans des actions dont le thérapeute prend l'initiative en dehors de la rencontre thérapeutique. Il peut s'agir de trouver des réponses à des questions posées durant une rencontre ou de faire un suivi téléphonique. L'engagement est également perçu par les signes non verbaux qui manifestent les

sentiments du thérapeute authentique. Par exemple, il exprimera son inquiétude à l'égard d'un client.

P4. - S'investir personnellement dans la thérapie, pas en tant qu'individu, mais en tant que thérapeute. J'ai commencé à voir qu'il était investi parce que je posais des questions et il n'avait pas les réponses, mais je voyais qu'il allait les chercher. La semaine d'après, il me les donnait.

P5. - J'ai senti qu'elle était inquiète pour moi et elle me l'a dit. Ça m'a fait du bien. J'ai senti qu'elle sortait un peu de son cadre. Elle m'a dit : « Appelez-moi à tel moment dans la journée pour voir si tout va bien. » Elle était plus interventionniste. Ce que j'ai trouvé le plus vrai dans son attitude, c'est que je l'ai sentie plus inquiète. J'ai senti son émotion et elle me l'a dit.

***Disponibilité.*** La disponibilité du thérapeute s'observe, selon les participants, par l'impression qu'il donne d'avoir le temps pour eux, afin de les écouter et de terminer la séance, sans un sentiment d'urgence. Cette disponibilité se manifeste également par un langage non verbal qui exprime l'absence de fatigue.

P2. - Elle me donne l'impression qu'on a le temps de parler. Des fois, je vois l'heure et je sais qu'il reste cinq minutes, mais elle ne m'arrête pas. Elle continue à m'écouter. Je me sens un peu hésitante de dire encore d'autres choses, mais je sens qu'elle continue de m'écouter. Je ne sens pas de fatigue chez elle.

P3. - Lorsque la séance était terminée, ce n'était pas « c'est fini, va-t'en ». Ce n'était pas expéditif. On avait le temps.

***Dédramatisation par l'humour.*** Une autre manifestation de l'authenticité du thérapeute est la dédramatisation qu'il fait en utilisant l'humour. Il fait des blagues et

apporte des points de vue qui permettent d'atténuer les aspects négatifs des situations ou des perceptions des clients.

P5. - Elle faisait des blagues. Elle dédramatisait à fond.

P3. - Pour revenir à une autre situation où je la trouvais authentique, c'est qu'elle faisait des blagues avec ce que je lui disais. Elle mettait en perspective ce que je tentais de lui amener d'une façon respectueuse.

P4. - Je finissais tout le temps les rencontres en m'excusant. Je me sentais mal d'avoir pleuré, de ne pas avoir été productive. À un moment donné, il m'a dit : « Bon, là tu vas arrêter de t'excuser, de te sentir mal. Pour moi, c'est ça qui n'est pas productif. L'objectif quand tu pleures, c'est d'essayer du mieux que tu peux de le mettre en mots pour moi, pour que je puisse comprendre et t'accompagner là-dedans. » C'était une façon douce de le désamorcer, de dédramatiser.

**Manifestations de l'inauthenticité du thérapeute.** Les participants disent avoir perçu l'inauthenticité de leurs thérapeutes par les manifestations suivantes : le désaccordage, les non-dits, l'absence de réactivité du thérapeute, le désintérêt envers eux, des interventions techniques, un manque de solidité de la part de celui-ci et une incohérence dans sa façon d'être et d'agir.

**Désaccordage.** Le désaccordage se manifeste lorsque le thérapeute ne discerne pas ce qui se passe durant une rencontre et conséquemment il ne s'y ajuste pas. Les interventions sont alors perçues comme déphasées. Un participant mentionne que cet écart s'observait quand sa thérapeute avait une attitude désynchronisée ou un ton inadapté à l'état dans lequel il se trouvait lors d'une séance.

P3. - On commence la séance et je suis en train de lui parler. On parle des formalités, des ententes de confidentialité. Là, elle baissait sa voix et elle prenait une attitude comme si j'étais en train de lui confier quelque chose de très délicat, comme si j'étais sur le bord de pleurer, alors qu'on venait juste de commencer et que rien de significatif n'avait été dit. Tout d'un coup, je me suis dit : « Est-ce qu'il se passe quelque chose et je ne suis pas au courant?! » J'avais l'impression qu'on n'était pas à la même place. J'avais l'impression que c'était comme si je venais de lui dire que mes deux parents étaient morts d'un accident la veille et que c'était super dramatique, alors qu'on n'avait pas commencé. Elle me regardait avec des petits yeux et me disait : « Peux-tu m'en dire plus? » Ça sonnait faux, la tonalité n'était pas appropriée.

Les interprétations hâtives peuvent également être une manifestation du désaccordage, notamment quand elles sont faites au début de la thérapie, alors qu'une relation de confiance n'est pas instaurée.

P1. - Je commence à lui raconter un rêve et elle dit : « Vous êtes narcissique. » Elle me balançait des choses comme ça. Dans ma tête, je me disais : « Qu'est-ce que c'est, ça? » Elle ne parle pas et, soudainement, je me fais dire des grosses interprétations.

***Non-dits.*** Les non-dits correspondent à des situations dans lesquelles les participants ont eu l'impression que leur thérapeute leur cachait de l'information.

P3. - À la fin de la séance, elle voulait prendre mon numéro en note. Je m'apprête à prendre un crayon pour lui noter et elle repousse ses notes, comme si elle ne voulait pas que je les voie. Je percevais qu'elle avait peur que je lise ses notes. Je comprenais un peu, mais c'est comme si elle me cachait quelque chose. Elle me disait qu'elle n'avait rien à cacher, mais dans le fond ce n'était pas le cas. Elle me faisait sentir une certaine anxiété. C'était comme si elle allait dévoiler quelque chose qu'elle ne voulait pas que je sache. Si elle m'avait dit tout simplement que c'était

personnel et que c'était des hypothèses de travail, ça aurait été correct pour moi. Son ton était sec et on sentait une anxiété et sa respiration.

Pour une participante, le fait que sa thérapeute n'explicite pas ce qu'elle fait lui laisse une impression de non-dit qu'elle associe à l'inauthenticité.

P1. - C'est sûr que les psychologues font des théories et les valident aussi, mais, à ce moment-là, je sentais qu'elle était plus en mode validation d'une idée qu'elle avait eue, d'une certaine interprétation. Elle ne me disait pas : « Ça, c'est une théorie que je suis en train de faire. » Elle le faisait sans m'aviser.

***Absence de réactivité.*** Certains participants ont mentionné avoir eu l'impression que leur thérapeute était inauthentique en raison de l'absence de réactivité de leur part, d'intonation dans la voix ou d'expression du corps.

P1. - Premièrement, j'avais l'impression d'être avec un robot; toujours le même ton, toujours la même façade.

P1. - Elle parlait un petit peu, mais il n'y avait pas de non-verbal. Ça la rendait un peu absente. Pour moi, il n'y avait pas de communication. Je parlais toute seule, ce n'était pas avec l'autre.

Cette absence de réaction donne une impression de froideur ou de rigidité de la part du thérapeute.

P2. - Elle était vraiment très froide, trop froide. Elle m'avait expliqué : « Là vous êtes sur le fauteuil, mais à un moment donné on va en venir au canapé et vous serez dos à moi. » Je me sentais trop toute seule. Il y avait trop de distance et, ça, je n'étais pas capable.



P5. - Il y avait une froideur. Des fois, je la trouvais coincée et rigide.

**Désintérêt.** Le désintérêt du thérapeute se manifeste comme une absence d'intérêt envers les propos des participants, qui le perçoivent comme de l'ennui.

P7. - J'avais l'impression qu'il trouvait ça ennuyeux, mais en même temps je le comprends, c'est monotone. Au moins, je le payais pour ça.

Deux participantes ont vécu des expériences dans lesquelles le thérapeute s'est endormi durant leur séance, ce qu'elles associent à un désintérêt à leur égard.

P2. - J'avais l'impression qu'elle s'était endormie un peu pendant que je lui parlais. Je voyais que ses yeux étaient fermés et qu'elle n'était pas là. C'est arrivé une première fois et je me suis dit : « Il faut laisser la chance au coureur. » Je suis allée une deuxième fois et elle a recommencé.

P5. - Elle avait l'air blasée, cette madame-là. Une fois, elle s'était même endormie pendant que je parlais. Je te jure.

**Interventions techniques.** Une autre manifestation de l'inauthenticité concerne l'application de techniques manualisées sans ajustement du thérapeute pour personnaliser son intervention. Il ne semble pas y avoir d'ajustement aux particularités du client, cela donne une impression que le thérapeute est absent, qu'il n'est pas vrai ou stéréotypé.

P3. - Avec cette thérapeute, on sentait qu'elle était plus dans la technique. Elle n'était pas là, dans le moment. J'avais l'impression que ce n'était pas vrai. On dirait qu'il y avait des choses qui sortaient tout droit d'un manuel. C'était dans sa façon d'être. Des techniques, on peut en lire dans les livres, en apprendre, mais il y a quelque chose qui manque.

P5. - Elle était rigide. C'était une vieille psychologue, elle avait l'air prise dans son carcan.

P7. - Il était classique et stéréotypé. Le programme qu'il me proposait, je n'en voulais pas. Ce n'était pas adapté à moi. Je voulais faire mon propre programme.

***Fragilité.*** Les participants perçoivent la fragilité du thérapeute inauthentique par son manque de solidité lorsqu'il semble vivre un inconfort, une gêne ou une difficulté, sans qu'il le nomme explicitement.

P3. - À un moment donné, je percevais qu'elle ne se sentait pas à l'aise.

P5. - J'avais l'impression qu'elle était un peu gênée, je la sentais moins solide.

P6. - J'avais l'impression qu'elle ne savait pas trop comment se placer et qu'elle avait peut-être de la difficulté dans le traitement.

Cette fragilité peut se manifester par une hésitation perçue par rapport à la direction de la thérapie ou une incertitude en ce qui concerne les moyens d'atteindre les objectifs. Cette hésitation interfère à l'écoute du client.

P2. - J'avais plus l'impression qu'elle me disait : « On pourrait essayer cela si vous voulez. » Elle était hésitante, pas certaine des moyens qu'elle allait me proposer. Je ne sentais pas qu'elle était à mon écoute et elle ne savait pas trop où me guider. C'est clair qu'il n'y avait pas de direction.

**Incohérence.** L'incohérence du thérapeute inauthentique est perçue à travers un changement de rôle soudain et inexplicable. Par exemple, il passe du tutoiement au vouvoiement ou il semble emprunter un accent différent du sien. À d'autres occasions, il y a une inconstance sur le plan de la tenue vestimentaire. L'incohérence est nommée par une participante comme un écart manifeste entre le savoir-être d'un thérapeute et son savoir-faire.

P3. - On se tutoyait d'entrée de jeu. À un moment donné, elle commence à me vouvoyer. C'est comme si elle changeait de masque. Elle était dans un rôle de thérapeute. C'était particulier! Elle aurait pu me tutoyer, mais il y avait un masque, comme si le vouvoiement était devenu un frein à son authenticité.

P6. - Elle, j'avais plus de difficulté à la cerner. Je trouvais qu'elle avait un accent qui glissait entre un accent plus européen, ou qu'elle se forçait pour en avoir un, et un accent québécois. Juste ce détail me dérangeait. Je trouvais que ce qu'elle disait était pertinent, mais je ne sais pas, il y avait quelque chose. Son savoir-faire n'était pas cohérent avec son savoir-être. Il y avait quelque chose qui clochait avec le savoir-être. Juste dans sa façon de s'habiller et sa façon d'être. Son style vestimentaire et son accent n'étaient pas conséquents dans le temps. Certaines fois où je l'ai vue, je ne m'attendais pas à ce qu'elle soit habillée de la sorte. Une fois, ça m'avait particulièrement surpris. Ce n'était pas déplacé, c'était juste très personnel et plus coloré, alors que les autres fois c'était plus professionnel, plus neutre. Il y a quelque chose qui ressortait. Elle était moins constante d'une certaine façon. J'avais l'impression qu'elle se cherchait peut-être un peu dans son approche ou quelque chose comme ça. Il y avait quelque chose. Je pense qu'elle n'était pas encore à l'aise. C'est l'impression qu'elle me donnait.

### Effets de l'authenticité et de l'inauthenticité du thérapeute perçus par les clients

La section suivante porte sur les effets de l'authenticité et de l'inauthenticité du thérapeute selon la perspective des participants. Les thèmes ayant émergé sont regroupés dans le tableau 5. La colonne de gauche regroupe les effets de l'authenticité et la colonne de droite, les effets de l'inauthenticité.

Tableau 5

*Effets de l'authenticité et de l'inauthenticité du thérapeute perçus par les clients*

Authenticité	Inauthenticité
Confiance	Doute sur la compétence du thérapeute
Rapprochement	Désinvestissement
Effet déstabilisant	Inconfort
Motivation à poursuivre la thérapie	Obstacle au dévoilement
Modelage	Arrêt de la thérapie
Dévoilement et exploration des difficultés	
Accélération du processus thérapeutique	

**Portrait global.** L'authenticité du thérapeute perçue par les clients contribue à créer un climat de confiance. Elle favorise aussi un rapprochement entre le thérapeute et le client. Cependant, des participants ont spécifié que cette authenticité pouvait être déstabilisante, particulièrement en début de thérapie. D'autre part, les participants ont rapporté que l'authenticité perçue chez leur thérapeute les a aidés à poursuivre le traitement malgré les difficultés, ils ont appris un savoir-être authentique par modelage, et l'authenticité dont a fait preuve leur thérapeute leur a permis de se dévoiler plus

facilement et d'explorer davantage leurs difficultés. Par contre, face à la perception de l'inauthenticité du thérapeute, les participants se sont montrés plus méfiants, ont douté de la capacité du thérapeute à être aidant et se sont désinvestis dans la relation thérapeutique. De ce fait, la thérapie s'est arrêtée plus rapidement puisque les participants vivaient de l'inconfort. Enfin, l'inauthenticité du thérapeute a été perçue comme un obstacle à leur propre dévoilement. Les effets de l'authenticité du thérapeute seront abordés dans un premier temps, suivis de ceux concernant l'inauthenticité, selon la perspective des participants.

**Effets de l'authenticité du thérapeute.** Dans cette section, les effets d'être en thérapie avec un thérapeute authentique seront abordés et illustrés par les propos des participants.

**Confiance.** L'authenticité a eu comme effet de générer de la confiance qui a été ressentie par les participants et qui se traduisait par un sentiment d'être en sécurité. Cette confiance était générée par le fait que le thérapeute se montrait tel qu'il était. Elle a fait en sorte qu'ils avaient le sentiment de pouvoir dévoiler leur vulnérabilité eux aussi sans crainte d'un jugement de la part du thérapeute. Cette confiance amène les participants à se confier davantage. En voici de nombreux exemples :

P1. - Tout ça, ça m'aide à me sentir en confiance et à avoir envie de parler à une personne que je ne connais pas.

P3. - Il faut avoir confiance pour se dévoiler. Il faut sentir que la thérapeute est authentique, qu'elle n'utilisera pas ce qu'on va lui confier contre nous.

P4. - Ça m'a permis d'être en confiance avec lui parce qu'il était à la fois le thérapeute et la personne qui est le thérapeute.

P5. - Je lui faisais davantage confiance qu'aux deux autres psychologues, à qui je ne disais pas tout. Avec elle, je lui disais tout depuis le début.

P6. - J'étais plus confiant, j'étais plus prêt à m'ouvrir. Ce n'est toujours pas évident d'aller faire une thérapie et de montrer ses émotions, sa vulnérabilité et de gratter ses bobos.

P1. - Je me sens plus à l'aise avec ça dans le sens où elle me fait part d'elle. C'est franc-jeu.

P7. - Tu as le goût que ton thérapeute soit un être humain, pas juste un instrument pour poser des questions. On ne va pas voir un thérapeute pour une solution miracle, il n'y en a pas. On y va pour être rassuré et réconforté. Ce n'est pas rationnel.

**Rapprochement.** Un autre effet de l'authenticité du thérapeute est le rapprochement entre le thérapeute et le participant, qui est perçu comme un « meilleur » lien sur le plan personnel ou une complicité avec une personne qui a un langage commun.

P3. - Il y a une complicité qui s'est installée dans sa façon de comprendre certaines choses que je lui dis même si je ne précise pas.

P1. - Je me suis sentie plus proche d'elle parce qu'on parlait de la même façon.

Ce lien étroit s'établit et devient significatif pour le client, tout en restant dans le cadre de la thérapie.

P5. - Je trouvais que notre lien était meilleur tout en restant professionnel. La relation a été vraiment importante pour moi.

***Effet déstabilisant.*** L'authenticité du thérapeute a pu être parfois déstabilisante, particulièrement en début de thérapie lorsque l'établissement du lien thérapeutique en est encore à ses balbutiements. Cette déstabilisation avait été provoquée par une absence de neutralité à laquelle un client n'était pas habitué. Elle est aussi la conséquence de références fréquentes à la personne du thérapeute ou de rétroactions directes et rapides. Une fois l'effet déstabilisant estompé, les participants considéraient positivement l'authenticité.

P5. - Au début, je n'aimais pas tellement ça. Ce n'est pas quelque chose auquel j'étais habituée. Elle était moins dans la neutralité et ça me déstabilisait.

P6. - Il faisait tout le temps des parallèles avec sa vie, avec qui il était. C'était vraiment une drôle d'approche. Sur le coup, j'ai trouvé ça particulier. Ça m'a un peu choqué, mais finalement, c'était positif.

P1. - C'est intéressant, mais aussi certaines rétroactions peuvent être dérangeantes.

P7. - Ça allait en profondeur d'une manière rapide et brutale. Il ne mettait pas de gants blancs. J'avais l'impression de perdre pied. Il était peut-être

trop authentique ou c'était moi qui n'étais pas prêt. À ce moment-là, ça me confrontait trop. En même temps, c'est quelqu'un que je retournerais voir.

*Motivation à poursuivre la thérapie.* Un thérapeute authentique est engagé, selon les participants. Cet engagement est un élément motivant pour poursuivre la thérapie et il a l'effet d'une meilleure tolérance des affects négatifs vécus en cours de thérapie.

P5. - Elle se donnait et ça me motivait à continuer la thérapie. J'avais hâte d'aller la voir même si c'était difficile.

*Modelage.* L'authenticité du thérapeute sert de modèle aux participants. Lorsqu'il dévoilait sa capacité de se considérer lui-même, d'accepter ses limites, d'être bienveillant envers lui-même ou qu'il dévoilait ses sentiments à l'égard de ce qui se passait dans la thérapie, cela servait d'exemple pour les participants, les incitant à faire de même.

P4. - Parfois, je me dis des choses comme celles qu'il a dites. Beaucoup d'acceptation et de pardon que j'ai envers mes défauts viennent de l'avoir entendu me parler de lui-même.

P2. - Je la sens authentique dans le fait qu'elle m'accepte. Peu importe avec quel vécu j'arrive, elle me prend comme je suis. Je pense que ça m'incite à m'accepter moi-même et à moins me laisser submerger par mes émotions. Il y a un peu d'effet miroir.

P5. - Je la trouve authentique quand elle me dit que ce que je lui raconte la touche. C'est quelque chose qu'elle m'a appris. C'est quelque chose



que j'avais peur de faire avant, de montrer que je suis émue par quelqu'un. Ça m'a donné un bel exemple.

***Dévoilement et exploration des difficultés.*** Les participants ont désigné un autre effet de l'authenticité du thérapeute sur le plan du dévoilement. Percevant leur thérapeute se montrer lui-même, ils ont été encouragés à révéler plusieurs aspects de leur vie personnelle et intime, notamment leurs difficultés.

P1. - Je me dévoilais beaucoup, je dévoilais beaucoup mon intimité. Je dévoilais des choses très intimes. Sa chaleur et son authenticité m'aidaient à le faire.

P5. - Je me sentais à l'aise de parler de tous les sujets, même les plus difficiles, même de la sexualité.

Pour une participante, le dévoilement est venu lorsqu'elle a perçu l'engagement de son thérapeute, ce qui est associé à l'authenticité. À cette occasion, elle a dévoilé ses problèmes et ses souffrances.

P4. - J'ai vu son investissement et ça m'aidait à me laisser aller, et je savais qu'il ne s'enfuirait pas. Ça m'a permis d'amener mes problèmes sur le tapis pour qu'on en parle à deux. Il y a plein de crottes sur le cœur que j'ai pu amener.

***Accélération du processus thérapeutique.*** Pour certains participants, l'authenticité du thérapeute permettait d'aller droit au but plus rapidement. Conséquemment, cela accélérail la thérapie.

P5. - En fait, ça m'amenait à me dévoiler plus vite. Elle allait directement aux grosses questions. Elle ne tournait pas autour du pot.

Mais, cet effet de rapidité qui est apprécié n'est peut-être pas adapté à tout le monde, selon les propos d'un participant.

P6. - Je trouvais ça aidant. Ça me permettait d'aller plus vite. Ce n'est peut-être pas bon pour tout le monde, mais, moi, c'est de ça que j'avais besoin.

Enfin, selon une autre participante, l'authenticité perçue chez sa thérapeute, en plus de sa propre maturité au début de sa thérapie, sont les deux éléments qui ont contribué à la rapidité du processus et des résultats obtenus lors de sa thérapie.

P5. - Ma thérapie avec elle a avancé plus en trois mois qu'en un an avec les autres psychologues que j'ai consultés. J'avais peut-être plus de maturité aussi, mais il y a eu plus d'évolution dans ma façon de comprendre, d'accepter et de changer.

**Effets de l'inauthenticité du thérapeute.** L'inauthenticité du thérapeute, telle que perçue par les participants, a eu des effets sur eux. Ils ont douté de la compétence du thérapeute, cela a entraîné leur désinvestissement dans la thérapie et son arrêt. Ils ont vécu de l'inconfort et cela a fait un obstacle à leur dévoilement.

***Doute de la compétence du thérapeute.*** La perception des participants de l'inauthenticité de leur thérapeute engendre un doute au sujet de sa capacité à les aider.

Cela survient notamment lorsque l'inauthenticité est décrite comme une absence de réactivité ou une intervention technique.

P7. - Il était trop classique et stéréotypé. Il ne pouvait rien comprendre à la complexité et au côté bizarroïde de ma situation.

Par la suite, cette perception de non-compétence du thérapeute a pu les faire se sentir seuls face à leurs difficultés, sans aide et sans soutien.

P1. - Je ne sentais pas qu'elle m'aidait. Je sentais que j'étais seule comme un enfant qui ne sait pas nager et à qui ont dit : « Va dans l'eau, apprends à nager tout seul et je vais te regarder. Si je vois que tu as vraiment besoin d'aide, je vais t'aider là. » C'est comme si elle ne se mouillait pas. Elle me demandait de faire tous les efforts et elle était là à me lancer un mot une fois de temps en temps.

P5. - J'avais l'impression que c'est moi qui faisais tout. J'avais l'impression que je n'avais pas vraiment d'aide. Je ne sentais pas toujours le soutien.

**Désinvestissement.** L'inauthenticité du thérapeute peut entraîner un désinvestissement du client face à la relation thérapeutique.

P3. - L'inauthenticité faisait que je ne m'investissais pas autant que j'aurais dû.

P5. - Le souvenir que j'ai de cette relation est qu'il n'y avait pas un grand investissement ni de sa part ni de la mienne. Je ne me souviens même plus comment elle s'appelle, mais je me souviens quand même de sa face.

Ce désinvestissement est renforcé par une absence de désir de partager ses insatisfactions.

P1. - J'aurais peut-être dû la rappeler pour lui faire part de ça, mais ça ne me tentait plus.

Un participant mentionne que, malgré les bénéfices que la thérapie a apportés, l'inauthenticité de sa thérapeute a eu comme effet de ne pas vouloir la consulter de nouveau.

P6. - Ça a fait l'affaire, mais ce n'est pas quelqu'un que je retournerais consulter si j'en ai besoin de nouveau.

***Inconfort.*** Si l'authenticité du thérapeute crée un sentiment de sécurité, à l'inverse, l'inauthenticité crée un sentiment d'inconfort qui comprend l'insécurité, le malaise ou la sensation de mettre de l'énergie pour s'ajuster au rôle que joue le professionnel.

P2. - Je n'ai pas eu l'impression d'avoir une personne devant moi, ça ne m'a pas rassurée.

P3. - Ce n'est pas sécurisant.

P1. - C'est comme si parfois il y a certaines personnes qui te mettent mal à l'aise. Elle me mettait mal à l'aise.

P1. - Il y a des gens qui sont trop dans un rôle et ça me met mal à l'aise. Il faut encore que je me force à combattre la gêne du début et chaque fois le lien est à reconstruire. C'est énergivore.

***Obstacle au dévoilement.*** Devant un thérapeute authentique, les participants se dévoilent davantage et, à l'inverse, face à un thérapeute inauthentique, ils se dévoilent moins. En effet, lorsque le thérapeute est perçu inauthentique, les participants rapportent avoir retenu leur dévoilement et les confidences au sujet d'aspects plus personnels d'eux-mêmes, notamment sur le plan émotif. Cet obstacle allait aussi avec le sentiment d'être moins attaché au thérapeute.

P3. - Je dévoilais les choses, mais ça freinait grandement ma volonté de dire mes émotions et de m'attacher. Je voulais rester dans ma tête parce que ça ne marchait pas.

D'après nos résultats, l'inauthenticité du thérapeute crée un blocage sur le plan verbal. Une participante explique qu'elle ne savait pas quoi dire devant la froideur de sa thérapeute, et une autre était sur la défensive, peu encline à s'ouvrir et elle lui attribuait peu de crédibilité.

P1. - La fois où j'avais tenté quelque chose avec la thérapeute qui était glaciale, j'étais bloquée, je ne savais jamais quoi dire, le syndrome de la page blanche totale.

P5. - J'étais plus défensive quand elle me disait ce qu'elle pensait de ma situation ou qu'elle faisait des interprétations. Je n'étais pas vraiment ouverte à écouter ce qu'elle avait à me dire, je ne la trouvais pas crédible.

*Arrêt de la thérapie.* Des participants qui ont perçu leur thérapeute comme inauthentique ont mis fin à leur thérapie, parfois en utilisant une excuse au lieu d'avouer la vraie raison.

P1. - Après quatre fois, j'ai décidé d'arrêter. Je ne pouvais pas continuer avec elle.

P2. - C'est une thérapeute que je n'ai pas gardée. J'y suis allée une fois une demi-heure.

P3. - Ce n'était qu'une question de temps pour que je change de thérapeute. J'avais demandé à être dirigé vers une autre. Le conflit d'horaire a été une excuse.

## **Discussion**

L'objectif principal de la présente recherche est d'explorer l'authenticité du thérapeute et son inauthenticité, telles que perçues par des clients. À ce sujet, dans cette thèse, l'authenticité et l'inauthenticité du thérapeute sont conçues comme les pôles opposés d'un même continuum. L'objectif principal se décline en deux sous-objectifs : 1) décrire les différentes manifestations de l'authenticité et de l'inauthenticité du thérapeute; 2) décrire leurs effets sur la relation et le processus thérapeutique. La discussion permet de répondre à chacun de ces sous-objectifs, en établissant des liens entre nos résultats et des écrits scientifiques sur le sujet. En premier lieu, dans cette partie, les manifestations de l'authenticité et de l'inauthenticité du thérapeute sont abordées. En second lieu, les effets de l'authenticité et de l'inauthenticité du thérapeute sont traités.

### **Manifestations de l'authenticité et de l'inauthenticité du thérapeute**

La présente section vise à répondre au premier sous-objectif, qui est de décrire les manifestations de l'authenticité et de l'inauthenticité du thérapeute, selon la perspective des clients. Avant tout, une distinction est faite entre les manifestations de l'authenticité et de l'inauthenticité du thérapeute, qui sont, d'une part, liées à la relation, c'est-à-dire en tant que résultantes d'une interaction, et celles liées au thérapeute, c'est-à-dire vues comme découlant d'une caractéristique personnelle de ce dernier. Ensuite, les manifestations de l'authenticité et de l'inauthenticité liées à la relation sont décrites et réparties selon leur nature non verbale ou verbale. Enfin, les manifestations de



l'authenticité et de l'inauthenticité liées à une caractéristique personnelle du thérapeute sont discutées.

### **Distinction entre les manifestations liées à la relation et celles liées au thérapeute**

Les manifestations de l'authenticité et de l'inauthenticité du thérapeute peuvent être liées à la relation thérapeutique, c'est-à-dire à l'interaction thérapeute-client qui apparaît dans le contexte thérapeutique. Elles peuvent d'autre part être liées au thérapeute, c'est-à-dire qu'elles renvoient à une caractéristique de sa personne, mais qui n'est pas spécifique au contexte thérapeutique.

Cette distinction entre les manifestations liées à la relation et celles liées au thérapeute rejoint la conceptualisation de l'authenticité de Lopez et Rice (2006). Selon eux, d'une part, l'authenticité peut être une variable relationnelle, c'est-à-dire un concept émergeant d'une interaction avec autrui. D'autre part, l'authenticité peut être considérée comme une variable individuelle, c'est-à-dire un ensemble de caractéristiques personnelles qui sont stables et représentent le moi réel.

Selon notre analyse, des manifestations comme celles désignées par les participants de la présente recherche, par exemple l'accordage, la connexion, la saine distance, seraient liées à la relation. Des manifestations comme la solidité intérieure, la cohérence, la spontanéité seraient liées au thérapeute. Toutefois, certaines manifestations pourraient être liées à la relation et au thérapeute. La disponibilité, par exemple, peut

être considérée comme une présence de soi (liée au thérapeute) qui est offerte à l'autre (liée à la relation). Il en va de même pour l'intérêt, qui est une aptitude personnelle (liée au thérapeute), mais vouée au client (liée à la relation). Le partage du bagage personnel est une action qui est dirigée vers l'autre (liée à la relation) afin de mettre à profit les expériences personnelles (liée au thérapeute). Dans ce qui suit, le regroupement des manifestations désignées par les participants n'est utilisé qu'à des fins de présentation.

### **Manifestations liées à la relation**

Les manifestations de l'authenticité et de l'inauthenticité du thérapeute liées à la relation se subdivisent à leur tour par leur nature non verbale ou verbale. Dans le modèle de l'authenticité du thérapeute de Schnellbacher et Leijssen (2009), la qualité de présence du thérapeute correspond aux manifestations non verbales, et le dévoilement du thérapeute est relatif aux manifestations verbales.

Selon notre analyse, des manifestations comme celles ciblées par les participants de la présente recherche, par exemple l'écoute, les non-dits, l'absence de réactivité, seraient de nature non verbale. Des manifestations comme la communication des réflexions cliniques et les interventions techniques seraient de nature verbale. Toutefois, certaines manifestations pourraient être à la fois non verbales et verbales. La saine distance, par exemple, peut se manifester par une posture éloignée (non verbale) ou par des propos qui soulignent l'importance du cadre thérapeutique (verbale). Il en est de même pour le détachement pécuniaire, qui peut s'exprimer par le thérapeute en

prolongeant volontairement une rencontre (non verbal) ou en abordant, lorsque cela est pertinent, l'éventualité de l'arrêt de la thérapie (verbal). L'engagement et la disponibilité peuvent aussi s'exprimer de façon non verbale et verbale.

Dans ce qui suit, les manifestations non verbales de l'authenticité et de l'inauthenticité du thérapeute seront discutées, suivies des manifestations verbales de l'authenticité et de l'inauthenticité du thérapeute. Puis, d'autres résultats de notre recherche, soit la saine distance, le détachement pécuniaire, l'engagement et la disponibilité, seront abordés.

**Manifestations non verbales de l'authenticité et de l'inauthenticité du thérapeute.** Le thérapeute manifeste son authenticité en relation de manière non verbale par sa présence. La présence se définit comme une disponibilité et une implication émotionnelle du thérapeute dans l'ici et maintenant (Geller & Greenberg, 2012). La présence se développe chez le thérapeute à partir d'une variété d'expériences humaines comme des épreuves personnelles, des relations interpersonnelles profondes, une éducation réflexive et philosophique, ainsi qu'une thérapie (Schneider, 2015).

À l'inverse, la non-présence du thérapeute, associée à l'inauthenticité, est observée lorsqu'il n'est pas impliqué dans la relation avec son client (Colosimo et Pos, 2015). Pour Geller (2013), il est question de non-présence lorsque le thérapeute est inconscient de cet état et donc ne se régule pas. Il y a alors une déconnexion non

seulement avec l'autre, mais également avec soi. Néanmoins, la présence et la non-présence diffèrent parfois de l'authenticité et l'inauthenticité. Par exemple, un thérapeute pourrait reconnaître avec authenticité sa difficulté d'être présent.

Pour Schneider (2015), le degré de présence ou de non-présence fluctue au cours d'une séance, et conséquemment son authenticité et inauthenticité. Le thérapeute peut être à l'affût de cette fluctuation (Burks et Robbins, 2012). Pour retrouver sa présence selon un mode authentique, il évite d'anticiper ou d'intellectualiser le processus thérapeutique. Il redirige plutôt son attention sur le moment présent et explore ce qui se passe dans la séance même. Lors d'impasses relationnelles, le thérapeute authentique partage au client son sentiment de non-présence, si tel est le cas, ou tente de l'explorer en supervision (Schneider, 2015).

Colosimo et Pos (2015) ont élaboré un modèle sur la présence et la non-présence du thérapeute qui rejoint les résultats de la présente recherche. Par ailleurs, ce modèle a été élaboré selon la perspective d'un observateur externe, contrairement à la présente recherche qui s'est intéressée à la perspective subjective du client. Les liens de similitude entre le modèle et nos résultats seront abordés, puis les liens distinctifs le seront.

Le tableau 6 décrit les liens entre les résultats de la présente recherche et le modèle de Colosimo et Pos (2015). Sur la ligne supérieure, on retrouve les deux états du

thérapeute, soient la présence et la non-présence. Les deux colonnes extérieures rapportent nos résultats. Les deux colonnes intérieures regroupent les concepts du modèle de Colosimo et Pos (2015).

Tableau 6

*Liens entre nos résultats et le modèle de Colosimo et Pos (2015)*

Présence		Non-présence	
Résultats	Modèle de Colosimo et Pos (2015)	Résultats	
Accordage	Être maintenant	Être déphasé	Désaccordage
Écoute attentive	Être ici	Être absent	Absence de réactivité
Intérêt	Être ouvert	Être fermé	Désintérêt
Connexion	Être ensemble	Être séparé	Non-dits

Dans les paragraphes suivants, les quatre concepts mis en lien avec le modèle seront abordés, en commençant par 1) accordage/désaccordage et être maintenant/déphasé, 2) écoute attentive/absence de réactivité et être ici/absent, 3) intérêt/désintérêt et être ouvert/fermé, 4) connexion/non-dits et être ensemble/séparé.

***Accordage/désaccordage et être maintenant/déphasé.*** Dans notre recherche, l'accordage est considéré comme l'inverse du désaccordage et, dans le modèle de Colosimo et Pos (2015), l'être maintenant correspond à l'inverse de l'être déphasé. L'accordage s'apparente au concept d'être maintenant par le fait qu'il s'agit pour le thérapeute d'être pleinement dans le moment présent et de s'ajuster au rythme du client. Les résultats de notre recherche ont mis en lumière que le thérapeute, par ses expressions

faciales, module ses réactions et s'ajuste au client. Pour sa part, Schore (2003) définit l'accordage de la dyade thérapeute-client comme un processus d'ajustement d'états psychobiologiques non verbaux et non conscients, sous forme de synchronisation affective. Selon nos résultats, et du point de vue des participants, l'accordage consiste également pour le thérapeute à déceler avec perspicacité les besoins du client et à s'y ajuster pour y répondre. Par exemple, il s'agit de détecter le besoin d'une personne qui veut comprendre un phénomène et lui fournir des explications, alors qu'un autre besoin serait d'être entendue et de ventiler son expérience, et ainsi lui donner l'occasion de le faire. Le désaccordage mentionné par les participants de la présente recherche correspond à l'être déphasé. Dans les deux cas, il s'agit d'une incapacité du thérapeute à capter ce qui se passe durant la rencontre et à s'y ajuster. Selon les résultats de notre recherche, il peut prendre la forme, par exemple, d'une interprétation hâtive du thérapeute au sujet de l'expérience du client.

*Écoute attentive/absence de réactivité et être ici/absent.* Selon nos résultats, l'écoute attentive du thérapeute authentique se manifeste par son expressivité non verbale, contrairement à l'absence de réactivité que les participants reconnaissent chez le thérapeute inauthentique. Ces manifestations peuvent être en lien avec l'être ici et à son inverse, l'être absent. En effet, l'écoute attentive est l'expression de la capacité du thérapeute authentique à percevoir les changements subtils qui se produisent dans l'interaction avec le client, par exemple un changement de son niveau de langage ou un détail dans ses propos, comme trouvé dans les résultats de notre recherche. L'écoute

attentive englobe le concept de l'être ici en raison du contact soutenu avec l'environnement physique qui est manifesté par un thérapeute authentique. Il suppose que le thérapeute redirige son attention sur ses sens, particulièrement sur ce qu'il voit et ce qu'il entend. L'écoute attentive nécessite une pleine conscience de son expérience, mais comprend également la communication de cet état par des expressions faciales ou des réactions corporelles du thérapeute. À l'inverse, l'absence ou le peu de réactivité de la part du thérapeute correspond à ce que Colosimo et Pos (2015) ont nommé l'être absent. L'absence de réactivité peut, par exemple, être rapportée par les clients ayant participé à notre recherche comme une attitude froide, mécanique, voire une impression que l'esprit du thérapeute est « ailleurs » ou qu'il est absorbé par une préoccupation autre que ce qui se passe entre eux.

*Intérêt/désintérêt et être ouvert/fermé.* Dans notre recherche, l'intérêt et le désintérêt du thérapeute ont été mentionnés comme une manifestation de l'authenticité et de l'inauthenticité. Ces concepts peuvent être liés à l'être ouvert ou l'être fermé du modèle de Colosimo et Pos (2015). L'être ouvert consiste à accepter l'autre totalement pour ce qu'il est, sans jugement et avec bienveillance. Dans la présente recherche, un thérapeute authentique est perçu comme un professionnel ayant un intérêt sincère envers le client et se manifeste par l'importance accordée à ses propos. De plus, cet intérêt est teinté d'une attitude d'ouverture et de non-jugement. Quant à l'être fermé, il est lié à un désengagement du thérapeute qui s'exprime par un manque d'intérêt envers le client ou une attitude de jugement et de critique. Dans notre recherche, selon la perspective des

clients, le désintérêt du thérapeute se manifeste par le fait qu'il semble s'ennuyer ou même lorsqu'il s'endort durant une séance. Les participants n'ont pas fait mention de l'absence de jugement ou de critique par un thérapeute non présent et, par extension, un thérapeute inauthentique.

*Connexion/non-dits et être ensemble/séparé.* Selon les résultats de la présente recherche, la connexion est une manifestation du thérapeute authentique, alors que les non-dits sont une manifestation du thérapeute inauthentique. Ces thèmes s'opposent dans le sens où l'un correspond à un rapprochement, alors que l'autre fait référence à un éloignement du thérapeute vis-à-vis du client. Il en va de même dans le modèle de Colosimo et Pos (2015), où l'être ensemble est l'inverse de l'être séparé. La connexion à l'autre et l'être ensemble sont deux concepts qui se rejoignent. En ce qui concerne l'être ensemble de Colosimo et Pos (2015), le thérapeute crée un rapprochement interpersonnel, par son empathie, sa sensibilité et son humanité. Pour ce qui est des résultats de la présente recherche, dans la connexion, l'empathie du thérapeute, son accompagnement et son soutien créent un rapprochement affectif perçu par les clients qui disent ne pas se sentir seuls. Inversement, l'être séparé correspond à un manque de connexion et de collaboration dans lequel le thérapeute inauthentique et le client ne semblent pas travailler de pair. On pourrait alors dire qu'ils ne forment pas une équipe. En ce sens, les non-dits rejoignent l'être séparé et le complètent. La perception de non-dits par les clients leur donne l'impression que le thérapeute leur cache de l'information, ce qui les rend méfiants et crée une distance relationnelle. Elle peut se manifester dans



divers incidents, par exemple lorsque le thérapeute couvre ses notes prises durant une séance au moment où le client les regarde. Pour Cole (2001), les non-dits sont une forme d'évitement du thérapeute causé par sa peur irrationnelle d'être désapprouvé par le client ou par le risque de vivre des conflits avec lui. Cet évitement aurait pour effet de rendre le thérapeute inauthentique aux yeux des clients. DePaulo et Kashy (1998) ajoutent que l'inauthenticité du thérapeute serait une réaction défensive inconsciente face à la possibilité d'une menace à son ego.

**Manifestations verbales de l'authenticité et de l'inauthenticité du thérapeute.** Les manifestations verbales de l'authenticité et de l'inauthenticité du thérapeute correspondent au contenu que le thérapeute communique de manière explicite au client. Il peut s'agir de la communication de sentiments, de pensées, d'impressions, d'expériences, de faits, d'opinions, de valeurs et de méthodes de travail (Schnellbacher & Leijssen, 2009). Selon les résultats de la présente recherche, les deux manifestations verbales de l'authenticité du thérapeute sont la communication de ses réflexions cliniques et le partage de son bagage personnel. Selon les participants, l'inauthenticité du thérapeute se manifeste lorsque ce dernier intervient de manière technique, c'est-à-dire qui manque de naturel. La section suivante aborde, dans un premier temps, les manifestations verbales de l'authenticité du thérapeute. Dans un deuxième temps, les manifestations verbales de l'inauthenticité du thérapeute seront présentées.

*Manifestations verbales de l'authenticité du thérapeute.* Dans la présente recherche, l'authenticité du thérapeute se manifeste sur le plan verbal par le dévoilement de ses réflexions cliniques et de son bagage personnel.

Selon les écrits scientifiques, le dévoilement du thérapeute peut être de différentes natures. La catégorisation de Schnelbacher (cité dans Schnelbacher & Leijssen, 2009) indique que le dévoilement du thérapeute se décline en quatre catégories : 1) le dévoilement de la vie du thérapeute, c'est-à-dire la divulgation d'expériences ou de faits dans sa vie en dehors de la séance de thérapie ou de ses valeurs personnelles; 2) le dévoilement de la clarté personnelle, qui est défini comme un partage de sa façon de travailler et de ses intentions thérapeutiques avec transparence, c'est-à-dire avec ouverture et honnêteté; 3) le dévoilement de ses réactions face à ce qui est dit par le client, qui est défini comme la divulgation de sentiments, de pensées ou d'images évoqués par l'histoire du client; 4) le dévoilement sur l'interaction avec le client, qui se rapporte aux expériences dans la relation en cours avec le client. Le dévoilement des réflexions cliniques, tel que mentionné par les participants de notre recherche, est associé à l'authenticité puisqu'il exprime la manière dont le thérapeute comprend la situation du client, ses hypothèses de travail et ses référents théoriques. Ce type de dévoilement semble correspondre à la catégorie du dévoilement de sa clarté personnelle de Schnelbacher.

Le partage des réflexions cliniques est un élément qui ne se retrouve pas explicitement dans la catégorisation du dévoilement du thérapeute de Knox et Hill (2003). Pour leur part, ils proposent de diviser le dévoilement du thérapeute en sept sous-catégories : 1) les faits sur la vie personnelle et professionnelle du thérapeute; 2) les sentiments et les émotions du thérapeute; 3) les expériences passées qui ont permis des prises de conscience; 4) les stratégies d'adaptation utilisées par le thérapeute; 5) l'approbation et le soutien; 6) les exemples personnels visant la réflexion sur les croyances ou les comportements; 7) les pensées ou sensations dans l'ici et maintenant concernant la relation ou le processus thérapeutique. Cette dernière catégorie est sans doute la plus près de la communication des réflexions cliniques mentionnée par nos participants.

L'autre type de dévoilement qui témoigne de l'authenticité du thérapeute selon les participants de notre recherche concerne le bagage personnel du thérapeute. Celui-ci se manifeste quand, par exemple, le thérapeute dit au client qu'il travaille également comme enseignant ou qu'il lui donne toute information qui concerne sa vie privée. Ce thème correspond à la catégorie du dévoilement de la vie du thérapeute de Schnelbacher (cité dans Schnelbacher & Leijssen, 2009) et à celle sur les faits sur la vie personnelle et professionnelle du thérapeute de Knox et Hill (2003). Dans notre recherche, les participants précisaient que le partage de bagage personnel, pour être considéré comme authentique, n'était pas fait avec l'intention de faire connaître la vie du thérapeute ou de donner des exemples d'autres clients, mais de leur montrer des perspectives autres que

les leurs. Knox et Hill (2003) font référence à ce type de dévoilement dans la catégorie des expériences passées qui ont permis des prises de conscience et des exemples personnels visant la réflexion sur les croyances ou les comportements. Par exemple, le thérapeute relate une évolution positive de la conception de sa propre dynamique familiale.

Selon nos résultats, un dévoilement de son bagage personnel risque toutefois de créer une confusion des rôles. Notamment, la relation thérapeutique peut être confondue à une relation amicale. Gutheil et Gabbard (1998) ont évoqué l'inversion des rôles au sein de la dyade thérapeute-client comme une conséquence possible du dévoilement du thérapeute. Pour Gabbard et Nadelson (1995), le dévoilement du thérapeute peut améliorer la relation thérapeutique. Par contre, un excès de dévoilement peut accroître la charge du client et générer une spirale de violations de limites pouvant aller jusqu'à un manquement au code d'éthique de la profession. Cela explique que le dévoilement du thérapeute concernant sa vie personnelle soit controversé et moins bien perçu par les thérapeutes (Ziv-Beiman, 2013). Selon Maendly et al. (2013), la plupart d'entre eux ont reçu une formation qui proscrivait ce type dévoilement. D'après eux, ceux qui l'utilisent le font avec un malaise et un inconfort. Les auteurs considèrent que cette pratique est un sujet tabou en thérapie.

Les participants de la présente recherche soulignent l'importance que le dévoilement soit le résultat d'une intention professionnelle visant le bien-être du client.

Du même avis, Knox et Hill (2003) suggèrent que le dévoilement du thérapeute doit être essentiellement au service du client. En outre, Yourman (2003) avance que, pour s'assurer de maximiser l'effet positif du dévoilement, le thérapeute doit connaître le contenu qu'il est prêt à dévoiler et les raisons pour lesquelles il a décidé de l'utiliser. Cela implique entre autres que le thérapeute soit conscient de son intention thérapeutique, contrairement à une réaction impulsive ou spontanée. Il doit aussi s'assurer que le dévoilement provoque l'effet voulu (Hanson, 2005). Par exemple, un thérapeute choisira de partager les émotions qu'il a ressenties à la suite d'une rupture amoureuse dans le but de normaliser le vécu du client qui éprouve de la honte face à sa propre situation. Or, pour être thérapeutique, le dévoilement doit conduire à l'acceptation de son expérience intérieure au lieu de faire vivre au client une déstabilisation par rapport à l'image qu'il a de son thérapeute, en réalisant que celui-ci a aussi des problèmes.

Des caractéristiques du thérapeute et du client influencent le sens attribué au dévoilement et par conséquent son effet (Maendly et al., 2013). Le genre, l'âge et la culture du thérapeute ainsi que ceux du client sont des caractéristiques pouvant influencer le sens du dévoilement (Stricker, 2003). Par exemple, généralement, un compliment au sujet du physique attrayant d'une cliente peut avoir une signification différente s'il vient d'un thérapeute masculin plutôt que féminin. Dans le premier cas, il pourrait être considéré comme un geste de séduction. S'il est exprimé par un thérapeute féminin, le même compliment pourrait être interprété comme une valorisation des forces

de la cliente. L'effet d'un compliment varie également selon les cultures. Par exemple, le compliment est vu comme une menace à l'humilité et à la modestie, selon les valeurs de la culture chinoise. Cela explique qu'une personne issue de cette culture y réponde en le remettant en question, le minimisant ou le rejetant (Feilin & Gaofeng, 2005).

*Manifestations verbales de l'inauthenticité du thérapeute.* Selon nos résultats, des thérapeutes peuvent être perçus comme inauthentiques lorsqu'ils font des interventions techniques, c'est-à-dire lorsqu'ils appliquent des procédés appris sans les avoir intégrés à leur approche et leur personnalité, et sans les adapter aux particularités du client. Les participants de la présente recherche ont utilisé les expressions « stratégies directement sorties du manuel » ou « stratégies appliquées de manière robotique » pour signifier ce genre d'interventions. Kriz et Lange (2012) décrivent cette inauthenticité par le fait d'utiliser des formules préétablies. Les chercheurs donnent l'exemple d'un thérapeute qui prétend être compréhensif face à l'expérience d'un client. Il dira « je vous comprends » par automatisme, à la différence d'un autre qui le comprend réellement et l'exprime non verbalement.

Pour leur part, Fauth, Gates, Vinca et Boles (2007) insistent sur l'erreur de thérapeutes qui confondent leur travail à un savoir-faire technique. Selon eux, la thérapie requiert un savoir-être essentiel à posséder. Schneider (2015) propose de cultiver l'authenticité comme une posture thérapeutique, c'est-à-dire une manière d'être que l'on doit développer et non comme une habileté à acquérir.

**Autres manifestations de l'authenticité du thérapeute.** Les autres manifestations de l'authenticité du thérapeute peuvent s'exprimer à la fois de manière verbale ou non verbale. Selon nos résultats, la saine distance, le détachement pécuniaire, l'engagement et la disponibilité sont des manifestations verbales et non verbales. Ces thèmes sont abordés dans les paragraphes qui suivent.

**Saine distance.** D'après les participants de la présente recherche, l'authenticité en thérapie est caractérisée par une saine distance, décrite comme une façon pour le thérapeute d'offrir un climat de confiance et d'intimité sans pour autant instaurer un lien de réciprocité. Il s'implique personnellement et émotionnellement tout en choisissant consciemment ce qu'il dévoile ou pas. Pour Kernis (2003), l'authenticité relationnelle implique un processus sélectif de dévoilement de soi, c'est-à-dire un choix conscient de ce qui est dévoilé ou non, qui suit le développement d'une intimité mutuelle et de confiance. La majorité des participants ayant participé à notre recherche ont signifié l'importance du maintien des frontières interpersonnelles et les limites du partage de la vie privée afin que la relation d'authenticité soit thérapeutique. Cet élément a également été soulevé dans l'étude qualitative de Knox et al. (1997), qui s'intéressaient aux effets du dévoilement du thérapeute. Malgré la prédominance d'effets positifs, quelques effets négatifs avaient été relevés, par exemple lorsque le dévoilement générait un sentiment de trop grande proximité et de familiarité avec le thérapeute, créant un inconfort chez le client. Pour Geller (2013), dans une relation trop fusionnelle entre le thérapeute et le

client, chacun perd le sens de soi et, conséquemment, il n'est plus question d'authenticité. La distance permet de départager ce qui appartient à l'un et à l'autre. À l'opposé, selon Burks et Robbins (2012), un cadre thérapeutique trop restreint et rigide les enferme dans des rôles prédéfinis et stéréotypés, et nuit à l'authenticité.

À ce sujet, des participants de la présente recherche ont toutefois souligné l'effet positif qu'avait sur eux le thérapeute qui explique les choix qu'il fait au sujet des frontières et des limites de la relation. Cela est même considéré comme l'expression de l'authenticité, par exemple lorsque le thérapeute refuse d'aller prendre un café avec un client, mais qu'il lui explique sa décision en parlant de l'effet nuisible qu'aurait cette activité sur la relation. Il lui dit que cela nuirait à sa capacité de prendre du recul par rapport au processus thérapeutique et lui parle de l'importance d'établir et de maintenir une relation professionnelle et non amicale. Ce type d'intervention n'est pas perçu par les participants comme une considération théorique, mais un partage de sa réflexion clinique. D'après Kernis et Goldman (2006), ce partage manifeste une appropriation personnelle de la situation thérapeutique. Il témoigne de choix conscients faits au sujet de l'orientation de la thérapie et de la communication de ces choix au client. Cela correspond à l'authenticité du thérapeute et constitue un ingrédient important de la relation réelle en thérapie.

***Détachement pécuniaire.*** Un résultat de la présente recherche ne trouve aucune correspondance dans les écrits sur l'authenticité. À notre connaissance, aucun écrit



scientifique ne met en lien l'authenticité et le détachement pécuniaire. Selon nos résultats, un thérapeute authentique promeut l'aspect humain de la relation thérapeutique et exprime une attitude détachée par rapport à sa rémunération. Par exemple, il proposera à son client de mettre fin au processus thérapeutique s'il juge que les objectifs sont atteints. En ce sens, il discutera ouvertement du coût de la démarche et aidera le client à prendre une décision éclairée au sujet de son arrêt. De l'avis des participants et à l'inverse de ce qui vient d'être décrit, un thérapeute inauthentique entreverrait la thérapie comme une relation d'affaires. Il ferait passer ses intérêts pécuniaires au premier plan.

Il y a déjà un certain temps, Pasternack (1988) avait abordé la signification de la transaction financière en thérapie et ses répercussions sur la dynamique intrapsychique. Pour sa part, Lanza (2001) avait traité des enjeux psychodynamiques conscients et inconscients entourant les honoraires et la signification émotionnelle de l'argent au sein de la relation d'aide. Cependant, selon Bishop et Eppolito (1992), les enjeux liés à l'argent et au paiement de la thérapie ont souvent été négligés ou minimisés sur le plan empirique, et les données de recherche sont limitées.

Plus récemment, Doherty (2012) a mené une recherche qualitative sur la perception et l'expérience des thérapeutes en bureau privé par rapport à leur rémunération. Six constats ressortent des entrevues menées avec les thérapeutes : 1) ils vivent des tensions liées à la facturation de leurs services; 2) selon eux, la facturation signifie la présence d'un contrat de services professionnels; 3) ils considèrent que les

frais peuvent avoir des vertus thérapeutiques; 4) ils estiment que la transaction financière a une incidence sur la relation thérapeutique; 5) d'après eux, l'argent en thérapie est symbolique; 6) ils font un cheminement personnel qui finit par les rendre plus à l'aise face la facturation de leurs services.

***Engagement.*** Selon les résultats de notre recherche, l'engagement du thérapeute authentique se manifeste lorsqu'il s'investit au sein de la relation thérapeutique et démontre une volonté sincère d'aider le client, qu'il transcende son rôle et son mandat. Selon Erskine, Moursund et Trautmann (1999), l'authenticité du thérapeute se manifeste par son engagement, qui est défini comme un contact interpersonnel soutenu où le thérapeute démontre un désir de comprendre l'univers de son client de la manière dont il le comprend et l'expérimente. De plus, cet engagement implique que le thérapeute est ouvert à l'émotion ressentie dans la relation, il est touché et affecté par le contact avec l'autre. Cet élément est également évoqué par Schnelbacher et Leijssen (2009), qui mentionnent que l'authenticité suppose que le thérapeute soit touché, surpris et transformé par sa relation avec le client. Pour Billow (2010), l'engagement en thérapie est en soi un acte de réparation de la blessure relationnelle dont les clients souffrent.

***Disponibilité.*** La disponibilité du thérapeute est une manifestation de son authenticité décrite par les participants comme une attention vis-à-vis d'eux lorsque la séance est terminée. Le thérapeute ne semble pas pressé, il prend le temps et ne montre pas des signes de fatigue. Cette manifestation se rapproche du concept de l'être ouvert

dans le modèle de la présence de Colosimo et Pos (2015) dans le sens où le thérapeute fait preuve d'une grande réceptivité. Il reste pleinement présent et en contact avec le client. Pour Schneider (2015), la disponibilité du thérapeute est une des manifestations de sa qualité de présence.

### **Manifestations de l'authenticité et de l'inauthenticité du thérapeute liées à la personne**

Cette section discute des manifestations de l'authenticité et de l'inauthenticité du thérapeute liées à la personne, c'est-à-dire aux caractéristiques personnelles qu'il possède et à des comportements qui lui sont propres.

**Caractéristiques personnelles.** Cette sous-section aborde tout d'abord les caractéristiques personnelles attribuées au thérapeute authentique et inversement à celui qui est inauthentique, c'est-à-dire la solidité intérieure et la fragilité, ainsi que la cohérence et l'incohérence.

*Solidité intérieure et fragilité.* Parmi les caractéristiques personnelles du thérapeute authentique, les participants de la présente recherche ont relevé la solidité intérieure. Être solide intérieurement correspond à la capacité du thérapeute à ne pas être ébranlé par le contenu d'une séance et l'expérience du client. Les thérapeutes authentiques sont en mesure d'accueillir et d'accepter l'autre tel qu'il est sans jugement ni distorsion défensive. Cette conception est partagée par Moore et Gelso (2011), qui définissent un thérapeute authentique comme un professionnel psychologiquement fort,

c'est-à-dire capable de faire face à une détresse émotionnelle, sans se sentir envahi par celle-ci. Selon Kernis et Goldman (2006), pour cultiver cette force, le thérapeute doit s'intéresser à la complexité de sa propre expérience. Il doit s'ouvrir aux multiples facettes de la personne humaine, ainsi qu'à ses paradoxes. Cette solidité se traduit aussi par une conception plus nuancée et réaliste de l'être humain, et perpétuellement en évolution.

Nos résultats indiquent qu'à l'inverse de la solidité, la fragilité est liée à l'inauthenticité du thérapeute, lorsque celui-ci semble mal à l'aise devant l'expression de thèmes ayant comme contenu la sexualité ou l'expérience émotionnelle particulière comme une attaque de panique. D'après nos résultats, la fragilité est aussi perçue lorsque le thérapeute ne dirige pas le processus thérapeutique, que l'on tourne en rond ou que l'on aborde des sujets impertinents. Cette fragilité pourrait être attribuable aux mêmes facteurs que ceux de sa non-présence répertoriés par Colosimo et Pos (2015), soit l'hyperintellectualisation, l'anxiété, la fatigue, la réactivité interpersonnelle et la distractivité du thérapeute.

***Cohérence et incohérence.*** D'après nos résultats, l'authenticité du thérapeute se manifeste par une cohérence perçue par le client (p. ex., la décoration dans son bureau semble correspondre à sa personnalité) et inversement l'inauthenticité serait perçue par des incohérences du thérapeute (p. ex., il s'habille sobrement une semaine et la suivante sa tenue vestimentaire est très colorée). Comme Farber (2003) le mentionne, le

thérapeute donne accès à une partie de lui en raison de plusieurs aspects extérieurs visibles, comme le sont l'habillement et la décoration de son bureau. La cohérence et l'incohérence sont des manifestations qui se retrouvent dans la définition de l'authenticité et de l'inauthenticité, selon la perspective des psychologues résultant de l'étude de Burks et Robbins (2012). L'authenticité y est définie comme la cohérence entre les pensées, les croyances, les sentiments intérieurs avec ce qui est présenté à l'extérieur. À l'inverse, l'inauthenticité est conçue comme l'incohérence entre le soi intérieur, son essence, et ce qui est montré à l'extérieur.

**Comportements du thérapeute.** Les manifestations liées à la personne sous forme de comportements (spontanéité, humilité, dédramatisation par l'humour) du thérapeute authentique seront abordées ici. Les participants de la présente étude n'ont rapporté aucun comportement en ce qui a trait aux manifestations de l'inauthenticité du thérapeute liées à la personne.

**Spontanéité.** Dans la présente recherche, la spontanéité du thérapeute a été reconnue comme une manifestation de l'authenticité. Les participants ont perçu la spontanéité du thérapeute lorsque ce dernier répondait sans réflexion préalable à leur interrogation ou réagissait de manière sincère, par exemple il se mettait à rire d'une blague. Cette même spontanéité est également un indicateur d'un thérapeute présent, comme l'indique le modèle de Colosimo et Pos (2015). Par contre, selon l'opinion de Yourman (2003) et Hanson (2005), le dévoilement du thérapeute ne devrait pas être fait

de manière spontanée puisqu'il devrait découler d'une analyse et d'une réflexion sur l'intention thérapeutique qui justifie ce type d'intervention.

***Humilité.*** Pour les participants de la présente étude, l'humilité du thérapeute authentique se manifeste lorsqu'il exprime ses limites, ses erreurs, ses imperfections. Cet élément se retrouve également dans les résultats de l'étude qualitative de Hanson (2005), qui indique que la relation réelle est perçue par les clients lorsque le thérapeute authentique prend la responsabilité de ses erreurs. Audet et Everall (2010) ajoutent que le dévoilement d'erreur de la part du thérapeute le rend plus humain, ce qui aide à créer une relation égalitaire. Dans la recherche de Burks et Robbins (2012), les psychologues participants expliquent que l'humilité du thérapeute est ce qui lui permet d'avoir accès à ce qu'il est réellement.

***Dédramatisation par l'humour.*** D'après les résultats de notre recherche, l'authenticité du thérapeute se manifeste par l'humour dont il fait preuve pour dédramatiser certaines situations de vie du client. En ce sens, Sultanoff (2013) considère que l'utilisation efficace de l'humour exige que le thérapeute soit authentique. Par ailleurs, un thérapeute inauthentique qui utilise l'humour serait perçu par le client comme étant faux, maladroit ou hors contexte.

L'humour en thérapie favorise la santé et le bien-être en stimulant une découverte, une expression ou une appréciation ludique de l'absurdité ou de

l'incongruité des situations de la vie (Association for Applied and Therapeutic Humor, 2005). En ce sens, pour Cloninger (1993), les thérapeutes authentiques sont des personnes qui font preuve de créativité dans leur façon d'aborder la vie et ont de la facilité à s'adapter aux circonstances changeantes de l'existence.

Les interventions humoristiques efficaces contribuent à la construction de l'alliance thérapeutique et à l'approfondissement du lien entre le thérapeute et le client (Richman, 1996; Sultanoff, 2013). Selon l'étude qualitative de Kidd, Miller, Boyd et Cardeña (2009) ayant interviewé des personnes ayant un trouble sévère et persistant, l'humour en thérapie leur a permis d'établir une connexion plus réelle et authentique avec le thérapeute. Cependant, pour que l'humour soit thérapeutique, le thérapeute doit posséder une certaine habileté sur le plan des interventions humoristiques et, pour sa part, le client doit avoir l'aptitude à percevoir l'humour et le recevoir. L'utilisation de l'humour doit être au bénéfice du client et non pour la satisfaction ou le plaisir du thérapeute (Sultanoff, 2013). Valentine et Gabbard (2014) font une distinction importante entre « rire de l'autre » et « rire avec l'autre ». En d'autres termes, le thérapeute doit être en mesure de saisir l'état émotionnel du client et évaluer sa disponibilité à l'humour. L'utilisation de l'humour n'est pas sans risque et demande du doigté pour éviter qu'il ait des effets néfastes, ce qui est le cas lorsque le client a l'impression que son thérapeute ne prend pas son problème au sérieux.

### **Effets de l'authenticité et de l'inauthenticité du thérapeute**

Le deuxième sous-objectif de la présente recherche est de mieux saisir les effets de l'authenticité et de l'inauthenticité du thérapeute du point de vue des clients. Des effets rapportés par les participants portent sur la relation thérapeutique (p. ex., accroître la confiance, augmenter le rapprochement), alors que d'autres concernent plus spécifiquement le processus thérapeutique (p. ex., insuffler la motivation à poursuivre la thérapie, accélérer le processus thérapeutique). En considérant ces deux types de regroupement, la première partie de cette section portera sur les effets sur la relation de l'authenticité du thérapeute et de son inauthenticité. La deuxième partie traitera des effets sur le processus thérapeutique de l'authenticité et de l'inauthenticité du thérapeute.

#### **Effets sur la relation de l'authenticité et de l'inauthenticité du thérapeute**

Les effets sur la relation de l'authenticité du thérapeute seront d'abord présentés, suivis des effets sur la relation de l'inauthenticité du thérapeute.

**Effets sur la relation de l'authenticité du thérapeute.** Les trois effets sur la relation de l'authenticité du thérapeute sont le rapprochement, la confiance et l'effet déstabilisant.

***Rapprochement.*** Selon les résultats de la présente recherche, l'authenticité du thérapeute aurait comme effet de créer un rapprochement, c'est-à-dire que le client a le sentiment d'une plus grande proximité et intimité avec le thérapeute. Les participants ont



décrit que l'authenticité favorisait un lien plus personnel et créait une complicité avec le thérapeute. Ces résultats sont cohérents avec les écrits de Ziv-Beiman (2013), où l'authenticité du thérapeute manifestée par ses dévoilements a pour effet d'établir un rapprochement avec son client. Audet et Everall (2010) utilisent le mot *connexion* pour parler de cet effet. Schnellbacher et Leijssen (2009) proposent que, pour certains clients avec des besoins relationnels, le rapprochement est vécu positivement, alors que, pour les clients qui ont des difficultés avec l'intimité, le rapprochement peut être perçu comme étant intrusif.

**Confiance.** D'après nos résultats, l'authenticité du thérapeute perçue par les participants contribue à une relation thérapeutique positive en créant un climat de confiance par lequel le client se sent en sécurité. Les participants mentionnaient que le fait que le thérapeute se montre « tel qu'il est réellement » les encourageait à se montrer eux-mêmes « tels qu'ils sont », en incluant leur vulnérabilité, et à faire confiance à leur thérapeute. Ce climat de confiance généré par l'authenticité du thérapeute a été rapporté dans les écrits portant sur la présence du thérapeute et sur son dévoilement. Dans les études sur la présence, Colosimo et Pos (2015) ont mentionné que le thérapeute présent incarne une figure sécurisante, ce qui amène le client à se sentir en confiance. Pour Geller (2013), l'authenticité non verbale du thérapeute, c'est-à-dire sa qualité de présence, permet aux clients de s'ouvrir et d'explorer leurs souffrances puisqu'ils se sentent en sécurité et soutenus par la relation thérapeutique.

Pour leur part, Henretty et Levitt (2010) ont réalisé une méta-analyse d'études majoritairement quantitatives sur le dévoilement du thérapeute. Ils concluent que le dévoilement n'a pas d'effet significatif sur la confiance vis-à-vis du thérapeute. Cependant, leur conclusion ne tient pas compte du contenu qui est dévoilé et du contexte dans lequel il l'est. Les résultats reposent uniquement sur la présence ou l'absence du dévoilement. Les résultats d'études qualitatives vont dans le même sens que la nôtre. Selon l'étude qualitative de Hanson (2005), l'authenticité du thérapeute permet, entre autres, la création d'un climat de confiance et de sécurité. De même, Knox et al. (1997) mentionnent que le dévoilement du thérapeute améliore la qualité de leur relation thérapeutique en étant rassurant pour les clients. Audet et Everall (2010) rapportent également des effets favorables du dévoilement du thérapeute lorsqu'il est fait en début de suivi, puisqu'il contribue à créer un climat qualifié de confortable, c'est-à-dire dans lequel le client se sent bien.

Le style d'attachement des clients, un concept développé par Bowlby (1982, 1978, 1988) et appuyé par la recherche (Mallinckrodt, 2010), est fortement lié à la relation thérapeutique où le thérapeute représente une figure d'attachement sécurisante (voir Farber, Lippert & Nevas, 1995; Dozier & Tyrrell, 1998; Slade, 1999; Wallin, 2007; Romano, Fitzpatrick & Janzen, 2008). À ce sujet, Moore et Gelso (2011) ont mené une étude démontrant une forte association entre un style d'attachement sécurisant avec le thérapeute et la relation réelle. D'une part, les clients ayant développé une relation d'attachement sécurisante avec leur thérapeute seraient davantage en mesure d'établir

une relation réelle (Marmarosh et al., 2009). D'autre part, le fait d'être dans une relation réelle pourrait favoriser un style d'attachement sécurisant. Kernis et Goldman (2006) s'accordent avec cette seconde conception. D'après eux, l'authenticité du thérapeute est tributaire du développement d'une forme d'attachement sécurisant avec autrui. À ce sujet, les neurosciences se sont intéressées aux mécanismes neurophysiologiques sous-jacents à la relation thérapeutique. Plus précisément, Geller et Porges (2014) ont traité des mécanismes neurophysiologiques pouvant expliquer comment la qualité de présence du thérapeute ainsi que son authenticité non verbale permettent d'établir un sentiment de sécurité dans la relation thérapeutique. La théorie polyvagale, sur laquelle les auteurs s'appuient, propose que la présence du thérapeute soit induite par des marqueurs non verbaux associés à la sécurité (p. ex., expressions faciales accueillantes, gestes doux et ton de la voix posé) et captés par le système neuronal du client (processus de neuroception). Il s'agit d'un système subconscient sensible à la présence de sécurité ou de danger. La qualité de présence authentique du thérapeute inhiberait des mécanismes de survie et de défense au profit de comportements d'engagement social. Conséquemment, cela entraînerait l'établissement et la consolidation du lien thérapeutique.

De plus, comme il a été soulevé dans cette recherche, l'authenticité du thérapeute se manifeste dans la relation, notamment par sa capacité d'accordage avec le client. Des études tendent à établir un lien entre l'accordage et la relation réparatrice (Schore & Schore, 2008). La relation réparatrice que peut permettre l'authenticité du thérapeute a

été abordée dans l'étude de cas de Hill et al. (2008). La cliente avait rapporté que les dévoilements du thérapeute, traduisant son authenticité, l'auraient aidée à s'ouvrir à son expérience et que le dialogue vrai en découlant aurait été vécu comme une expérience relationnelle réparatrice.

***Effet déstabilisant.*** Dans notre étude, certains participants ont mentionné que l'authenticité de leur thérapeute peut être déstabilisante, particulièrement au début du processus thérapeutique. Des participants ont précisé que ce côté « vrai » était plus confrontant et direct, et qu'il pouvait avoir sur eux plus d'effets, qu'ils soient positifs ou négatifs. Schneider (2015) aborde cet aspect déstabilisant en lien avec la présence du thérapeute. Selon lui, il est réducteur de considérer la présence en thérapie comme étant toujours harmonieuse, car elle intègre une gamme vaste de sentiments vécus qui inclut parfois de l'inconfort ou de la discorde. La présence du thérapeute transcende ces états et fait sentir au client qu'il est « là » pour lui et « avec » lui.

En ce qui concerne l'authenticité sous forme de dévoilement, selon l'étude qualitative d'Audet et Everall (2010), un de ses effets négatifs est qu'il peut créer de la surprise par rapport à ce qui est attendu du thérapeute et de l'incertitude au sujet des rôles de chacun. Dans notre recherche, les participants, qui ont abordé l'effet déstabilisant de l'authenticité, ont expliqué qu'ils ne s'attendaient pas au dévoilement du thérapeute authentique parce qu'ils avaient connu auparavant des thérapeutes qui ne le faisaient pas. L'effet déstabilisant s'est ensuite dissipé chez la majorité d'entre eux et

l'authenticité du thérapeute a été perçue comme un élément positif de la thérapie. Audet et Everall (2010) mentionnent d'autres effets négatifs du dévoilement du thérapeute lorsqu'il est trop fréquent, élaboré ou éloigné de l'expérience du client, qui se sent alors incompris. Des participants de leur étude rapportent également avoir eu la sensation d'être submergés émotionnellement par un dévoilement de leur thérapeute quand celui-ci allait à l'encontre de leur valeur ou qu'il donnait accès trop directement à la vulnérabilité du thérapeute. Dans ce contexte, les clients perdaient confiance envers le thérapeute et inhibaient l'expression de sujets plus personnels. Pour Knox et al. (1997), le dévoilement du thérapeute peut générer un sentiment inconfortable chez le client, entraînant une trop grande familiarité ou un trop grand degré d'intimité, ce qui rend les frontières floues.

**Effets sur la relation de l'inauthenticité du thérapeute.** D'après les résultats de la présente recherche, à l'inverse, l'inauthenticité du thérapeute aurait pour effet de nuire à la relation en procurant de l'inconfort aux clients, en les faisant douter de la compétence de leur thérapeute et en les amenant à se désinvestir de la relation thérapeutique.

**Inconfort.** L'effet d'inconfort est décrit par les participants de la présente étude comme une forme d'insécurité, de malaise ou la sensation de déployer beaucoup d'énergie pour s'ajuster au thérapeute. Selon les travaux d'Audet et Everall (2010), les thérapeutes inauthentiques activent involontairement leur système nerveux sympathique

en raison de leur anxiété, ce qui entraîne l'apparition de micro-expressions faciales et une expressivité de retenue du corps (p. ex., avoir un visage figé, tenir sa respiration, se reculer dans son fauteuil), qui sont captées subconsciemment par le système nerveux des clients. La théorie polyvagale avance que le système nerveux des clients capte subconsciemment des signaux de danger, ce qui enclenche les mécanismes défensifs et coupe le contact à l'autre (Geller & Porges, 2014). Autrement dit, ces manifestations non verbales involontaires du thérapeute sont perçues par les clients et ont pour effet d'activer son insécurité et sa méfiance.

***Doute de la compétence du thérapeute.*** Les participants de la présente étude ont mentionné que l'inauthenticité de leur thérapeute avait également comme effet de les amener à douter de la compétence du thérapeute. Plus précisément, ils avaient le sentiment qu'il ne pouvait pas les aider. Selon la méta-analyse de Henretty et Levitt (2010) sur la perception des clients du dévoilement du thérapeute, l'analyse de 18 résultats d'études n'arrive pas à établir un effet clair sur la perception de la compétence de celui-ci. Une tendance est toutefois observée que les thérapeutes qui ne se dévoilent pas sont perçus par les clients comme plus experts, contrairement à ceux qui le font. De plus, les thérapeutes qui font des dévoilements concernant ce qui se passe pour eux dans la thérapie seraient perçus plus experts que ceux qui dévoilent des faits extérieurs à la thérapie.

**Désinvestissement.** Le désinvestissement est décrit par les participants de cette recherche comme un retrait de leur part au sein de la relation thérapeutique. Par exemple, ne pas avoir envie de partager ses insatisfactions vis-à-vis de la thérapie et ne pas considérer de consulter de nouveau le thérapeute perçu comme inauthentique. À ce propos, l'authenticité verbale du thérapeute aurait possiblement un effet positif sur le fait de retourner voir le même thérapeute ou un similaire, ou le conseiller à un ami (Henretty & Levitt (2010). Burks et Robbins (2012) considèrent que les moments d'inauthenticité dans la relation thérapeutique engendrent une déconnexion entre le thérapeute et son client, tout comme les participants de notre étude.

### **Effets sur le processus thérapeutique de l'authenticité et de l'inauthenticité du thérapeute**

En plus d'avoir un effet sur la relation, l'authenticité et l'inauthenticité du thérapeute ont des effets sur le processus thérapeutique. La première section portera sur les effets de l'authenticité sur le processus thérapeutique et la deuxième section portera sur les effets de l'inauthenticité du thérapeute sur le processus thérapeutique.

**Effets sur le processus thérapeutique de l'authenticité du thérapeute.** Les quatre effets sur le processus thérapeutique rapportés par les participants de la présente étude sont la motivation à poursuivre la thérapie, le dévoilement et l'exploration des difficultés, l'accélération du processus thérapeutique ainsi que le modelage.

***Motivation à poursuivre la thérapie.*** Les résultats de notre recherche indiquent que l'authenticité du thérapeute a comme effet de motiver les clients à poursuivre leur thérapie. Selon Gelso et Fretz (1992), la relation thérapeutique est l'élément qui aide les clients à tolérer les moments difficiles et à avoir le courage de continuer la thérapie. Les abandons prématurés en thérapie varient habituellement de 30 % à 50 % et se produisent dans les toutes premières rencontres (Roos & Werbart, 2013). Rainer et Campbell (2001) affirment que l'établissement d'une relation thérapeutique positive devrait être créé durant les trois premières séances pour avoir un effet significatif sur les abandons prématurés. Pour Ogrodniczuk, Joyce et Piper (2005), l'établissement de la relation réelle entre le thérapeute et le client contribue à la solidité du lien qui permet à son tour de surmonter les impasses thérapeutiques et de réparer les ruptures d'alliance.

***Dévoilement et exploration des difficultés.*** Les résultats de notre recherche montrent également que l'authenticité du thérapeute a comme effet d'aider les clients à se dévoiler davantage de telle sorte qu'ils explorent leurs difficultés de manière plus approfondie. Selon Audet et Everall (2010), l'authenticité du thérapeute qui se dévoile favoriserait la révélation d'aspects vulnérables chez le client. Henretty et Levitt (2010) concluent, à la suite de leur méta-analyse, que ce dévoilement, lorsqu'il est modéré, a un effet positif sur la fréquence à laquelle le client se dévoile lui-même. Par contre, les résultats sont partagés en ce qui concerne l'envie des clients de se dévoiler et le degré d'intimité de leur dévoilement. En effet, certaines études ont constaté une association positive, alors que d'autres sont arrivées à une association négative. Le contenu du



dévoilement du thérapeute peut sans doute favoriser le dévoilement du client ou lui nuire, mais cela n'a pas été pris en considération dans les études recensées par Henretty et Levitt (2010).

Selon le point de vue de Yalom (2002), le dévoilement du thérapeute peut être très aidant et faciliter la thérapie, selon la nature du contenu, car il peut alors être problématique (p. ex., détourner la conversation vers le thérapeute) et contre-productif, c'est-à-dire qu'il n'apporte rien de bénéfique au rétablissement du client. L'effet du dévoilement dépend parfois de l'approche qui est mise de l'avant et du raisonnement théorique qui la sous-tend (Ziv-Beiman, 2013). Par exemple, pour les thérapeutes de l'approche féministe, le dévoilement du thérapeute est utilisé dans l'optique de rétablir une dynamique de pouvoir plus égalitaire où le thérapeute n'est pas idéalisé, ce qui favorise des échanges plus humains (Tabol & Walker, 2008). Le contexte, l'objectif du dévoilement et l'effet qu'il a sur le client sont d'autres éléments importants à considérer (Maendly et al., 2013). Par exemple, le dévoilement du thérapeute est considéré comme utile lorsqu'il favorise l'apprentissage par modelage, valide ou normalise son expérience, ou offre une solution de remplacement à une façon de penser ou d'agir qui sont source de souffrance (Hill & Knox, 2002). Le dévoilement du thérapeute est à éviter s'il entraîne un sentiment de confusion chez le client ou s'il lui ajoute un poids sur les épaules, de même que s'il brouille les frontières de la thérapie (Hill & Knox, 2002). Par exemple, le client peut percevoir le thérapeute comme un ami dont il a la responsabilité et il consacrera une partie de la séance à l'écouter. De plus, le

dévoilement du thérapeute peut avoir comme conséquence négative d'inhiber le client dans son exploration, puisqu'il devient plus soucieux de ne pas heurter les sentiments du thérapeute (Knox et al., 1997).

***Accélération du processus thérapeutique.*** Selon nos résultats, les participants ont mentionné que l'authenticité de leur thérapeute leur permettait d'aller droit au but et de voir plus rapidement des progrès, c'est-à-dire la compréhension de leur problématique, l'acceptation de ce qu'ils ne peuvent pas changer et le changement de ce sur quoi ils ont du pouvoir. Fuertes et al. (2007) indiquent un lien positif entre la relation réelle perçue par les clients et le progrès thérapeutique au cours d'un nombre moyen de 16 séances. Pour Yalom (2002), l'authenticité du thérapeute est un facteur clé d'une thérapie efficace, notamment parce qu'elle exprime son engagement. De plus, en servant de modèle, elle encourage le dévoilement du client et accélère le processus thérapeutique. Selon l'étude qualitative de Knox et al. (1997), l'authenticité du thérapeute sous forme de dévoilement serait considérée comme contribuant au processus thérapeutique par la majorité des clients puisqu'elle permettrait de faire plus rapidement des prises de conscience et de modifier leur perception d'une situation.

***Modelage.*** Dans notre recherche, les participants ont donné des exemples où leur thérapeute leur a servi de modèle d'acceptation, de bienveillance ou de dévoilement de sentiment. Pour Ziv-Beiman (2013), le dévoilement mutuel dans une relation thérapeutique établit un rapprochement avec l'autre, amène un client à s'ouvrir

davantage en lui servant de guide. Goldfried et al. (2003) considèrent que l'authenticité du thérapeute communiqué par son dévoilement permet d'enseigner des façons plus adaptées de penser ou d'agir par modelage et renforcement.

**Effets sur le processus thérapeutique de l'inauthenticité du thérapeute.** Les effets de l'inauthenticité du thérapeute sur le processus thérapeutique sont d'être un obstacle au dévoilement du client et d'entraîner l'arrêt de la thérapie.

**Obstacle au dévoilement.** Selon nos résultats, l'inauthenticité perçue chez le thérapeute pourrait être un obstacle qui les ferait se refermer sur eux-mêmes dans la thérapie. Dans l'étude de Hanson (2005), menée auprès de clients, les participants ont mentionné que, la plupart du temps, le non-dévoilement de leur thérapeute, associé à l'inauthenticité, avait été vécu douloureusement et avait nui à l'établissement d'une relation de confiance. La méta-analyse de Henretty et Levitt (2010) abonde dans le même sens, c'est-à-dire que, selon la perspective des clients, les thérapeutes qui se dévoilent seraient considérés comme plus aidants que ceux qui ne se dévoilent pas. Toutefois, il arrive que le non-dévoilement soit vécu positivement lorsqu'il permet aux clients de laisser cours à l'expression de leur expérience, sans interférence, ainsi que de leurs projections personnelles (Hanson, 2005). Cet effet positif est également nommé par les participants de l'étude de Burks et Robbins (2012), qui conclut qu'un degré moins grand d'authenticité du thérapeute peut être une occasion d'exploration et de croissance dans le travail thérapeutique.

***Arrêt de la thérapie.*** Les participants de la présente recherche ont mentionné que l'inauthenticité de leur thérapeute avait eu pour effet de leur faire abandonner leur processus thérapeutique. La méta-analyse de Roos et Werbart (2013) répertorie 44 études portant sur les facteurs des abandons prématurés associés au thérapeute et à la relation thérapeutique. Selon les études sur la perspective des clients, les raisons qui expliquent les abandons prématurés sont souvent associées à une perception négative du thérapeute, en lien avec des interprétations et des confrontations hâtives, l'expression de l'antipathie, la passivité et l'indifférence à l'égard du client, et en lien avec la déception des attentes du client. Certaines de ces caractéristiques, des interprétations hâtives, l'absence de réactivité et le désintérêt, ont été désignées comme des manifestations de l'inauthenticité du thérapeute selon les participants de la présente étude.

### **Forces et limites de l'étude**

La présente sous-section traitera dans un premier temps des forces de l'étude et, dans un deuxième temps, de ses limites.

#### **Forces de l'étude**

La présente recherche comporte plusieurs forces. L'une d'elles est de s'être intéressée à la perspective des personnes qui éprouvent l'authenticité de leur thérapeute, les clients eux-mêmes. Une autre force est d'avoir mis en lumière la complexité du

concept en étudiant également son contraire, l'inauthenticité, pour une compréhension plus holistique du phénomène, comblant par ailleurs les limites des études antérieures, qui se sont peu penchées sur ses manifestations par le thérapeute et ses effets en thérapie.

L'une des forces de la collecte de données a été d'interviewer des clients ayant participé à plus d'un processus thérapeutique. Par ce fait, les entrevues étaient particulièrement riches, ayant accès à une réflexion approfondie basée sur différents suivis thérapeutiques. Par exemple, le fait de comparer le non-verbal entre un thérapeute qu'ils avaient perçu comme authentique et un autre comme inauthentique les amenait à réfléchir et à préciser leurs impressions, qui étaient plutôt floues au départ. De plus, les participants ont considéré que le canevas d'entrevue était simple à suivre et que les questions étaient faciles à comprendre. L'écoute et l'ouverture d'esprit de la chercheuse semblent leur avoir permis de parler de leur expérience en thérapie avec une grande liberté et sans préconception imposée.

De plus, les participants avaient complété des processus thérapeutiques à court, moyen et long terme. La majorité des autres études rapportent des suivis de moins d'un an, alors que la présente recherche a pu présenter des résultats issus de long processus où la relation thérapeutique a eu le temps d'évoluer et de fluctuer.

En général, le fait que la chercheuse ait conduit toutes les étapes de la recherche assure une cohérence à la démarche. Des précautions, décrites dans la méthodologie, ont d'ailleurs été prises pour assurer une validité des données.

Enfin, le choix d'utiliser une méthode qualitative a permis de comprendre des nuances qui peuvent sembler paradoxales, par exemple comment le dévoilement peut à la fois être favorable à l'établissement du lien et avoir un effet déstabilisant qui pourrait nuire au lien.

### **Limites de l'étude**

Une principale limite de la présente recherche concerne le nombre restreint de participants ainsi que la composition du groupe, car ils ont tous une formation universitaire. Il est probable que leurs réponses aux questions et leur capacité d'abstraction aient été influencées par leur niveau d'instruction. Un échantillon plus nombreux et moins homogène aurait permis une plus grande transférabilité des résultats. Rappelons toutefois que la plupart des participants avaient vécu une expérience avec au moins trois thérapeutes, ce qui enrichit grandement la collecte de données.

Sur le plan de la méthode, l'entrevue demeure un instrument de collecte riche puisqu'il donne accès à la subjectivité des participants et à la profondeur de leur réflexion. Par contre, dans la présente recherche, l'entrevue est rétrospective, c'est-à-dire qu'elle est basée sur des souvenirs et des impressions. Les participants peuvent être

sujets à des trous de mémoire, ou leurs réponses peuvent faire l'objet de distorsions (Nisbett & Wilson, 1977).

Le fait que la chercheuse principale ait mené toutes les étapes de la recherche a pu influencer les résultats, comme il a été mentionné précédemment. Puisqu'elle a plus d'affinité avec l'approche humaniste et qu'elle est entourée de collègues qui partagent cette philosophie d'intervention, il est certain que cette disposition a été déterminante dans le choix du sujet d'étude, et a coloré le contexte théorique et la discussion. Le journal de bord a permis à la chercheuse de mettre par écrit ses croyances et ses réflexions tout au long de la démarche de manière à prendre un certain recul. Il a également été aidant de partager et de remettre en question ses croyances avec des personnes d'autres domaines d'études en relation d'aide (travail social, psychoéducation, sciences infirmières) rencontrées lors de retraites d'écriture s'adressant aux étudiants à la maîtrise ou au doctorat de tous les programmes universitaires. L'évolution du journal de bord témoigne du changement où les points de vue du départ sont plutôt manichéens vers un scepticisme et des questionnements.

De plus, l'entrevue portait sur des phénomènes parfois difficiles à décrire. En effet, l'authenticité du thérapeute est un concept relativement intangible. Il peut être compliqué d'en décrire les manifestations observables. Par ailleurs, Schnellbacher et Leijssen (2009) indiquent un chevauchement sur les plans conceptuel et empirique entre l'authenticité et d'autres concepts associés à la relation, particulièrement avec l'empathie

et l'acceptation. Les participants de notre recherche n'échappaient pas à ce chevauchement conceptuel. D'autre part, l'authenticité n'est pas un concept neutre dans la culture nord-américaine. Le mot *authenticité* utilisé dans le langage courant a une connotation positive et est associé à une qualité. À l'inverse, l'inauthenticité a une connotation négative et elle est associée à un défaut. Il est donc possible qu'il y ait eu une confusion, pour les participants de notre recherche, entre être un « bon thérapeute » et être un « thérapeute authentique », ainsi qu'un « mauvais thérapeute » et un « thérapeute inauthentique ».

### **Retombées cliniques**

La présente recherche utilise le point de vue particulier des clients en ce qui a trait à l'authenticité du thérapeute. Elle permet de sensibiliser les thérapeutes aux manifestations d'un savoir-être tacite essentiel à la thérapie. Ils peuvent ainsi faire la distinction entre l'authenticité comme une caractéristique personnelle et l'authenticité dans la relation, et proposer des pistes pour développer l'une et l'autre. Par ailleurs, la dimension non verbale de l'authenticité du thérapeute (sa présence) et la dimension verbale (son dévoilement), qui ont été approfondies dans la présente recherche, sont d'autres aspects à considérer dans la manifestation de leur authenticité.

En ce qui concerne la qualité de présence, Schneider (2015) mentionne que, durant trop longtemps, l'accent a été mis sur les aspects verbaux et procéduraux de la



thérapie. Les aspects non verbaux étaient négligés. Selon lui, ce qui constitue le cœur de la guérison thérapeutique est la qualité de présence du thérapeute. Colosimo et Pos (2015) abordent la pratique de la pleine conscience comme un moyen d'aider les thérapeutes à développer leur qualité de présence. Toutefois, Schneider (2015) soutient qu'il serait pernicieux de reléguer la présence à une simple technique. Comme Geller et Greenberg (2012) le soulignent, la formation des thérapeutes à la présence doit tenir compte des pratiques relationnelles expérientielles pour éliminer les barrières qui peuvent s'ériger dans la rencontre à l'autre, ainsi que pour approfondir leur capacité d'être pleinement ouverts à la fois dans le contact avec autrui et avec leur propre expérience.

En ce qui concerne le dévoilement du thérapeute, il est perçu par plusieurs cliniciens comme une intervention à éviter et représente même un danger (Bloomgarden & Mennuti, 2009). Or, plusieurs recherches démontrent que ce type d'intervention peut avoir des effets bénéfiques (Knox & Hill, 2003). Selon Gibson (2012), une importance insuffisante a été accordée à la façon dont la formation professionnelle aborde l'authenticité du thérapeute, plus particulièrement en ce qui a trait au dévoilement de ce dernier. Knox et Hill (2003) affirment que plusieurs thérapeutes n'ont pas été formés au dévoilement, à la façon pertinente et adéquate de l'utiliser, et ils vivent des conflits internes par rapport au fait qu'il soit approprié ou non.

Pour Schneider et Längle (2012), former des thérapeutes authentiques et solides exige de se pencher sur leur épanouissement personnel, tenant compte des plans émotionnel et intellectuel. Selon eux, la formation professionnelle doit inclure la thérapie personnelle, la méditation, les exercices expérientiels et des moments stimulant la réflexion sur la psychologie, les arts et la culture. En d'autres mots, la formation devrait aider les futurs thérapeutes à devenir des personnes équilibrées, engagées, empathiques et authentiques.

### **Recherches futures**

La présente recherche utilise une entrevue rétrospective comme méthode de collecte. Les participants ont relaté le souvenir d'interventions en thérapie. Pour pallier les limites de cet instrument de collecte et compléter l'information obtenue dans les entrevues, une recherche future pourrait regrouper des enregistrements de séances de thérapie qui donnent accès aux manifestations précises et détaillées de l'authenticité ou de l'inauthenticité et ses effets observables sur la relation et le processus thérapeutique. Évidemment, une recherche faite auprès de clients et des thérapeutes eux-mêmes permettrait de considérer les points de vue des deux acteurs d'une relation thérapeutique.

Dans une optique de recherches futures, il serait également intéressant d'approfondir l'authenticité relationnelle. Gelso (2011) mentionne, dans son ouvrage sur la relation réelle, qu'une compréhension de l'authenticité comme un phénomène

interpersonnel qui se construit dans l'interaction thérapeute-client est absente dans les théories sur ce concept. Encore une fois, l'authenticité relationnelle devrait être examinée à la fois de la perspective du client et de celle du thérapeute. Des entrevues qualitatives réalisées avec un support vidéo d'une séance pourraient pallier les difficultés inhérentes à des entrevues rétrospectives et préciser les manifestations observables de l'authenticité.

Dans la présente thèse, des liens ont été établis entre nos résultats et les écrits dans un domaine en expansion, les neurosciences. Ces liens doivent d'être considérés plus à fond. Une recherche visant l'exploration de l'effet de la relation réelle, de l'authenticité du thérapeute, sur le sentiment vécu par le client d'une relation réparatrice permettrait de mieux comprendre ce phénomène et de l'observer de manière tangible sur les clients et les thérapeutes.

Dans la présente recherche, l'inauthenticité du thérapeute a été étudiée comme représentant l'inverse du concept à approfondir, soit l'authenticité. De ce fait, il a été mentionné la difficulté d'aborder cette notion auprès des clients, qui peuvent l'associer à l'inefficacité thérapeutique. Un thérapeute inauthentique est généralement perçu comme inefficace. Néanmoins, très peu d'études se sont penchées spécifiquement sur l'inauthenticité du thérapeute, mais pourraient avantageusement le faire afin de mieux comprendre ses manifestations et ses effets sur la thérapie, du point de vue des clients ou des thérapeutes. De plus, l'étude de Colosimo et Pos (2015) traitant de la non-présence

des thérapeutes pourrait inspirer un canevas d'entrevue ou un questionnaire pour tenter de la mesurer et d'évaluer son incidence sur la relation et le processus thérapeutique.

Colosimo et Pos (2015) se sont également intéressés aux facteurs qui menaient à la non-présence, notamment la réactivité, l'hyperintellectualisation et la fatigue, mais pas les facteurs menant à la présence. Dans une perspective d'études futures, des thérapeutes reconnus pour leur qualité de présence pourraient être interrogés à cet effet.

Enfin, l'authenticité et l'inauthenticité du thérapeute perçues selon les différents groupes culturels de clients pourraient faire l'objet d'autres recherches. Comme il a été mentionné précédemment dans le contexte théorique, la culture influence notre manière de décoder l'autre et d'être en relation. Dans un contexte de multiculturalisme, il est nécessaire que la recherche sur la relation thérapeutique prenne en compte cet aspect et que les résultats de recherche puissent être généralisés à différents groupes culturels.

## **Conclusion**

L'authenticité du thérapeute est un sujet qui soulève un intérêt, mais aussi la controverse en psychologie. La recherche portant sur cette attitude thérapeutique n'offre pas de réponse simple. Les études qui s'y sont penchées ont proposé des définitions qui abordent la dimension non verbale de l'authenticité, liée à la présence du thérapeute, et sa dimension verbale, liée au dévoilement de celui-ci. De plus, l'examen de ce concept nécessite la considération de son contraire, l'inauthenticité, mais nous en savons très peu sur ce sujet, de même que sur la non-présence ou le dévoilement inauthentique. Dans les études sur l'authenticité, la perception des clients semble plus importante que celle des thérapeutes ou d'un observateur pour prédire son effet sur le processus thérapeutique.

L'objectif principal de cette recherche était d'explorer l'authenticité et l'inauthenticité du thérapeute, telles que perçues par des clients, en décrivant ses différentes manifestations et ses effets sur le processus thérapeutique, qu'ils soient positifs ou négatifs.

Pour atteindre cet objectif, une démarche qualitative a été retenue en raison de la description détaillée et subjective qu'elle rend possible au sujet de la perception des clients. Pour ce faire, des entrevues semi-structurées ont été menées auprès de sept participants ayant suivi au moins un processus thérapeutique. Une analyse thématique a ensuite été exécutée à partir des verbatims, et des thèmes en ont été dégagés afin de rendre compte de la richesse de la collecte.

Les résultats indiquent que l'authenticité et l'inauthenticité des thérapeutes se manifestent par leur capacité d'accordage, de connexion à l'autre, d'intérêt sincère, d'écoute attentive, ainsi que le partage de ses réflexions cliniques et de son bagage personnel, tout en gardant une saine distance de manière à ce que la thérapie soit centrée sur le client et à son service. De plus, le thérapeute authentique manifeste un détachement pécuniaire, même dans le cadre d'un bureau privé. L'authenticité est perçue par la solidité intérieure du thérapeute, sa cohérence, son engagement, sa spontanéité, son humilité, sa disponibilité et sa capacité de dédramatiser par l'humour.

L'authenticité du thérapeute a pour effet de générer de la confiance, de créer un rapprochement, de favoriser la motivation à poursuivre la thérapie, d'accélérer le processus thérapeutique, d'encourager le dévoilement du client et l'exploration de ses difficultés, et le thérapeute peut servir de modèle d'authenticité. Cependant, les participants ont également rapporté que l'authenticité du thérapeute peut être déstabilisante, surtout au début de la thérapie.

La majorité des études s'est penchée sur la dimension verbale de l'authenticité du thérapeute, en d'autres mots, sur son dévoilement. Un moins grand nombre d'études a porté sur sa dimension non verbale, c'est-à-dire la qualité de présence du thérapeute. Or, dans notre recherche, les participants ont davantage abordé des éléments non verbaux se rapportant à la présence du thérapeute pour décrire les manifestations de son authenticité et moins à la dimension verbale, son dévoilement. De plus, ils ont permis de faire la

distinction entre l'authenticité dans la relation, qui résulte d'une interaction vraie, et l'authenticité en tant que caractéristique du thérapeute. Ils ont aussi fait ressortir un enjeu inhérent à l'authenticité du thérapeute dans le cadre d'une thérapie, la saine distance. Cela revient à dire que l'authenticité doit être au service du client; ses besoins demeurent au centre de la démarche, la frontière entre le thérapeute et le client doit être claire, tout comme les rôles de chacun.

D'autre part, les manifestations de l'inauthenticité du thérapeute sont perçues lorsqu'il semble en désaccordage, il laisse planer des non-dits, il ne présente pas de réaction en lien avec les propos du client, il ne semble pas intéressé par l'expérience du client et il fait des interventions techniques. De plus, un thérapeute peut être perçu comme inauthentique s'il démontre une fragilité et manifeste de l'incohérence dans sa façon d'être et d'agir.

L'inauthenticité du thérapeute a pour effet de générer un inconfort, de soulever un doute quant à la compétence de celui-ci, de faire obstacle au dévoilement du client, d'entraîner son désinvestissement dans la thérapie et même un arrêt prématuré.

L'inauthenticité du thérapeute peut aussi s'exprimer dans la relation ou correspondre à une caractéristique du thérapeute, et entraîner des effets qui restent à découvrir. En effet, il s'agit d'un sujet peu étudié qui pourrait faire l'objet de recherches futures.



En plus de se pencher sur l'inauthenticité du thérapeute, il serait particulièrement intéressant de mener une recherche visant l'exploration des liens entre l'authenticité du thérapeute et le sentiment vécu par le client d'une relation réparatrice.

La présente recherche a contribué à une meilleure compréhension d'un concept au cœur de la relation réelle en thérapie : l'authenticité. Il semble essentiel pour les thérapeutes de bien cerner ses manifestations et ses effets, afin d'améliorer leur pratique, toujours en la mettant au service du client. Le savoir-être est une part importante de la compétence à développer chez les futurs thérapeutes. Les résultats de cette recherche permettent d'éclairer les différentes subtilités qui entourent le concept d'authenticité thérapeutique.

## Références

- Association for Applied and Therapeutic Humor (2005). *Association for Applied and Therapeutic Humor: general information*. Repéré à [www.aath.org/general-information](http://www.aath.org/general-information).
- Audet, C. T., & Everall, R. D. (2010). Therapist self-disclosure and the therapeutic relationship: A phenomenological study from the client perspective. *British Journal of Guidance & Counselling*, 38, 327-342.
- Bachelor, A. (1991). Comparison and relationship to outcome of diverse dimensions of the helping alliance as seen by client and therapist. *Psychotherapy*, 28, 534-549.
- Baillargeon, P., Pinsof, W. M., & Leduc, A. (2005). L'alliance thérapeutique : La création et la progression du lien. *Revue européenne de psychologie appliquée*, 55, 225-234.
- Barret, M. S., & Berman, J. S. (2001). Is psychotherapy more effective when therapists disclose information about themselves? *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 69, 597-603.
- Billow, R. M. (2010). Models of therapeutic engagement part II: Sincerity and authenticity, *International Journal of Group Psychotherapy*, 60, 29-58.
- Bishop, R. D., & Eppolito, J. M. (1992). The clinical management of client dynamics and fees for psychotherapy: Implications for research and practice. *Psychotherapy*, 29, 545-553.
- Bloomgarden, A., & Mennuti, R. B. (2009). Therapist self-disclosure: Beyond the taboo. Dans A. Bloomgarden & R. B. Mennuti (Éds), *Psychotherapist revealed: Therapists speak about self-disclosure in therapy* (pp. 3-15). New York, NY : Routledge.
- Bowlby, J. (1978). Attachment theory and its therapeutic implications. Dans S. C. Feinstein & P. Giovacchini (Éds), *Adolescent psychiatry: Developmental and clinical studies* (vol. VI, pp. 5-23). Chicago, IL : University of Chicago Press.
- Bowlby, J. (1982). *Attachment and loss: Vol. I. Attachment*. New York, NY : Basic Books.
- Bowlby, J. (1988). *A secure base*. New York, NY : Basic Books.
- Brennan, K. A., Clarke, C. L., & Shaver, P. R. (1998). Self-report measurement of adult attachment: An integrative overview. Dans J. Simpson & W. Rhodes (Éds), *Attachment theory and close relationships* (pp. 46-76). New York, NY : Guilford Press.

- Bridges, N. (2001). Therapist's self-disclosure: Expanding the comfort zone. *Psychotherapy*, 38, 21-30.
- Burks, D. J., & Robbins, R. (2011). Are you analyzing me? A qualitative exploration of psychologists' individual and interpersonal experiences with authenticity. *The Humanistic Psychologist*, 39, 348-365.
- Burks, D. J., & Robbins, R. (2012). Psychologists' authenticity: Implications for work in professional and therapeutic settings. *Journal of Humanistic Psychology*, 52, 75-104.
- Cloninger, S. C. (1993). *Theories of personality: Understanding persons*. Englewood Cliffs, NJ : Prentice Hall.
- Cole, K. (2001). *Supervision: The theory and practice of first-line management* (2<sup>e</sup> éd.). Sydney, Australie : Prentice Hall.
- Colosimo, K. A., & Pos, A. E. (2015). A Rational Model of Expressed Therapeutic Presence. *Journal of Psychotherapy Integration*, 25, 100-114.
- Delisle, G. (2001). *Vers une psychothérapie du lien, Écrits et conférences sur la psychothérapie 1988-2000*. Montréal, Québec : Les Éditions du reflet.
- DePaulo, B. M., Kashy, D. A. (1998). Everyday lies in close and casual relationships. *Journal of Personality and Social Psychology*, 74, 63-79.
- Derogatis, L. R., Lipman, R. S., Rickels, K., Uhlenhuth, E. H., & Covi, L. (1974). The Hopkins Symptom Checklist (HSCL): A self-report symptom inventory. *Behavioral Science*, 19, 1-5.
- Despland, J.-N., De Roten, Y., Martinez, E., Plancherel, A.-C., & Solai, S. (2000). L'alliance thérapeutique, un concept empirique. *Revue Médicale Suisse*, 58, 1877-1880.
- Doherty, S. P. (2012). *Money in therapy: Private practitioners' experiences and perceptions of charging for counselling- a qualitative study* (mémoire de maîtrise). University of Chester, Angleterre.
- Dozier, M., & Tyrrell, C. (1998). The role of attachment in therapeutic relationships. Dans J. A. Simpson & W. S. Rholes (Éds), *Attachment theory and close relationships* (pp. 221-248). New York, NY : Guilford Press.

- Erskine, R., Moursund, J., & Trautmann, R. (1999). *Beyond Empathy: A Therapy of Contact-in-Relationships*. New York, NY : Brunner-Routledge.
- Farber, B. A. (2003). Self-disclosure in psychotherapy practice and supervision: An introduction. *Journal of Clinical Psychology*, 59, 525-528.
- Farber, B. A., Lippert, R. A., & Nevas, D. B. (1995). The therapist as attachment figure. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 32, 204-212.
- Fauth, J., Gates, S., Vinca, M. A., & Boles, S. (2007). Big ideas for psychotherapy training. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 44, 384-391.
- Feilin, L., & Gaofeng, Y. (2005) Cultural differences in compliments. *Canadian Social Science*, 1, 69-72.
- Freud, S. (1912). The dynamics of the transference. Dans R. J. Langs (Éd), *Classics in Psychoanalytic Technique* (pp. 3-8). Oxford, Angleterre : Rowman & Littlefield Publishers Inc.
- Fuertes, J., Mislouack, A., Brown, S., Gur-Arie, S., Wilkinson, S., & Gelso, C. J. (2007). Correlates of the real relationship in psychotherapy: A study of dyads. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, & Training*, 17, 423-430.
- Gabbard, G., & Nadelson, C. (1995). Professional boundaries in the physician-patient relationship. *JAMA Psychiatry*, 273, 1445-1449.
- Gaines, R. (2003). Therapist self-disclosure with children, adolescents, and their parents. *Journal of Clinical Psychology*, 59, 569-580.
- Garfield, S., & Bergin, A. E. (1971). Therapeutic conditions and outcome. *Journal of Abnormal Psychology*, 77, 108-114.
- Geller, S. M. (2013). Therapeutic Presence: An Essential Way of Being. Dans M. Cooper, P. F. Schmid, M. O'Hara & A. C. Bohart (Éds). *The Handbook of Person-Centred Psychotherapy and Counselling* (pp. 209-222). Basingstoke, Angleterre : Palgrave.
- Geller, S. M., & Greenberg, L. S. (2011). *Therapeutic presence: An essential way of being*. Washington, DC : American Psychological Association.
- Geller, S. M., & Greenberg, L. S. (2012). *Therapeutic presence: A mindful approach to effective therapy*. Washington, DC : American Psychological Association.

- Geller, S. M., Greenberg, L. S., & Watson, J. C. (2010). Therapist and client perceptions of therapeutic presence: The development of a measure. *Psychotherapy Research, 20*, 599-610.
- Geller, S. M., & Porges, S. (2014). Therapeutic presence: Neurophysiological mechanisms mediating feeling safe in clinical interactions. *Journal of Psychotherapy Integration, 24*, 178-192.
- Gelso, C. J. (2002). Real relationship: The “something more” of psychotherapy. *Journal of Contemporary Psychotherapy, 32*, 35-40.
- Gelso, C. J. (2009). The real relationship in a postmodern world: Theoretical and empirical explorations. *Psychotherapy Research, 19*, 253-264.
- Gelso, C. J. (2011). *The Real Relationship in Psychotherapy: The Hidden Foundation of Change*. Washington, DC : American Psychological Association.
- Gelso, C. J., & Carter, J. A. (1985). The relationship in counselling and psychotherapy: Components, consequences, and theoretical antecedents. *Counseling Psychologist, 13*, 155-244.
- Gelso, C. J., & Carter, J. A. (1994). Components of the psychotherapy relationship: Their interaction and unfolding during treatment. *Journal of Counseling Psychology, 41*, 296-306.
- Gelso, C. J., & Fretz, B. R. (1992). *Counseling psychology*. San Diego, CA : Harcourt Brace Jovanovich.
- Gelso, C. J., & Hayes, J. A. (1998). *The psychotherapy relationship: Theory, research, and practice*. Hoboken, NJ : John Wiley & Sons Inc.
- Gelso, C. J., & Johnson, D. H. (1983). *Explorations in time-limited counseling and psychotherapy*. New York, NY : Teachers College Press.
- Gelso, C. J., Kelley, F. A., Fuertes, J. N., Marmarosh, C., Holmes, S. E., Costa, C., & Hancock, G. R. (2005). Measuring the real relationship in psychotherapy: Initial validation of the therapist form. *Journal of Counseling Psychology, 52*, 640-649.
- Gibson, M. F. (2012). Opening up: Therapist self-disclosure in theory, research and practice. *Clinical Social Work Journal, 40*, 287-296.
- Goldfried, M. R., Burckell, L. A., & Eubanks-Carter, C. (2003). Therapist self-disclosure in cognitive-behaviour therapy. *Journal of Clinical Psychology/In Session, 59*, 555-568.

- Greenberg, L. (2007). A guide to conducting a task analysis of psychotherapeutic change. *Psychotherapy Research*, 17, 15-30.
- Gutheil, T. G., & Gabbard, G. O. (1998). Misuses and misunderstandings of boundary theory in clinical and regulatory settings. *American Journal of Psychiatry*, 155, 409-414.
- Hanson, J. (2005). Should your lips be zipped? How therapist self-disclosure and non-disclosure affects clients. *Counselling and Psychotherapy Research*, 5, 96-104.
- Henretty, J. R., & Levitt, H. M. (2010). The role of therapist self disclosure in psychotherapy: a qualitative review. *Clinical Psychology Review*, 30, 63-77.
- Hill, C. E., & Knox, S. (2002). Self-disclosure. Dans J. C. Norcross (Éd.), *Psychotherapy relationship that work* (pp. 255-266). Londres, Angleterre : Oxford University Press.
- Hill, C. E., & Knox, S. (2009). Processing the therapeutic relationship. *Psychotherapy Research*, 19, 13-29.
- Hill, C. E., & Lambert, M. J. (2004). Methodological issues in studying psychotherapy processes and outcomes. Dans J. M. Lambert (Éd.), *Bergin and Garfield's handbook of psychotherapy and behaviour change* (pp. 84-135). New York, NY : Wiley and Sons.
- Hill, C. E., Sim, W., Spangler, P., Stahl, J., Sullivan, C., & Teyber, E. (2008). Therapist immediacy in brief psychotherapy: Case study II. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice and Training*, 45, 298-315.
- Hodgins, H. S., & Knee, C. R. (2002). The integrating self and conscious experience. Dans E. L. Deci & R. M. Ryan (Éds), *Handbook of self-determination research* (pp. 87-100). Rochester, NY : University of Rochester Press.
- Horvath, A. O. (2000). The therapeutic relationship: From transference to alliance. *Journal of Clinical Psychology*, 56, 163-173.
- Horvath, A. O., & Symonds, D. B. (1991). Relation between working alliance and outcome in psychotherapy: A meta-analysis. *Journal of Counseling Psychology*, 38, 139-149.
- Jones, E. E., & Zoppel, C. L. (1982). Impact of client and therapist gender on psychotherapy process and outcome. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 50, 259-272.

- Jourard, S. M. (1971). *The transparent self*. Princeton, NJ : Van Nostrand.
- Kasper, L. B., Hill, C. E., & Kivlighan, D. M. (2008). Therapist immediacy in brief psychotherapy: Case study I. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice and Training*, 45, 281-297.
- Kelley, F., Gelso, C., Fuertes, J., Marmarosh, C., & Lanier, S. (2010). The Real Relationship Inventory: Development and psychometric investigation of the client form. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 47, 540-553.
- Kelly, A. E., & Rodriguez, R. R. (2007). Do therapists self-disclose more to clients with greater symptomatology? *Psychotherapy*, 4, 470-475.
- Kernis, M. H. (2003). Toward a conceptualization of optimal self-esteem. *Psychological Inquiry*, 14, 1-26.
- Kernis, M. H., & Goldman, B. M. (2006). A multicomponent conceptualization of authenticity: Research and theory. Dans M. P. Zanna (Éd), *Advances in Experimental Social Psychology* (pp. 284-357). San Diego, CA : Academic Press.
- Kidd, S. A., Miller, R., Boyd, G. M., & Cardeña, I. (2009). Relationships between humor, subversion, and genuine connection among persons with severe mental illness. *Qualitative Health Research*, 10, 1421-1430.
- Kirschenbaum, H., & Jourdan, A. (2005). The current status of Carl Rogers and the person-centered approach. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, & Training*, 42, 37-51.
- Knox, S., Hess, S. A., Petersen D. A., & Hill, C. E. (1997). A qualitative analysis of client perceptions of the effects of helpful therapist self-disclosure in long-term therapy. *Journal of Counseling Psychology*, 44, 274-283.
- Knox, S., & Hill, C. E. (2003). Therapist self-disclosure: Research-based suggestions for practitioners. *Journal of Clinical Psychology*, 59, 529-539.
- Kolden, G. G., Klein, M. H., Wang, C.-C., & Austin, S. B. (2011). Congruence/Genuineness. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, & Training*, 48, 65-71.
- Kriz, J., & Langle, A. (2012). A European perspective on the position papers. *Psychotherapy*, 49, 475-479.
- Kvale, S. (1996). *InterViews: An introduction to qualitative research interviewing*. Londres, Angleterre : Sage Publications.



- Lambert, M. J. (1992). Psychotherapy outcome research: Implications for integrative and eclectic therapists. Dans J. C. Norcross & M. R. Goldfried (Éds), *Handbook of psychotherapy integration* (pp. 94-129). New York, NY : Basic Books.
- Lambert, M. J., Burlingame, G. M., Umphress, V., Hasen, N. B., Vermeersch, D. A., Clouse, G. C., & Yanchar, S. C. (1996). The reliability and validity of the Outcome Questionnaire. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 3, 249-248.
- Lanza, M. L. (2001). Setting fees: The conscious and unconscious meanings of money. *Perspectives in Psychiatric Care*, 37, 69-72.
- Ligiéro, D. P., & Gelso, C. J. (2002). Countertransference, attachment, and the working alliance: The therapist's contributions. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, and Training*, 39, 3-11.
- Lo Coco, G., Gullo, S., Prestano, C., & Gelso, C. J. (2011). Relation of the real relationship and the working alliance to the outcome of brief psychotherapy. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, and Training*, 48, 1-9.
- Lopez, F. G., & Rice, K. G. (2006). Preliminary development and validation of a measure of relationship authenticity. *Journal of Counseling Psychology*, 53, 362-371.
- Maendly, V., Despland, J.-N., & Kramer, U. (2013). Révéler son humanité? L'autorévélation du thérapeute à la lumière de la recherche empirique. *Pratiques psychologiques*, 19, 189-201.
- Mallinckrodt, B. (2010). The psychotherapy relationship as attachment: Evidence and implications. *Journal of Social and Personal Relationships*, 27, 262-270.
- Manthei, R. J. (2007). Client-counsellor agreement on what happens in counselling. *British Journal of Guidance and Counselling*, 35, 261-281.
- Marmarosh, C. L., Gelso, C. J., Markin, R. D., Majors, R., Mallery, C., & Choi, J. (2009). The real relationship: Relationships to adult attachments, working alliance, transference, and therapy outcome. *Journal of Counseling Psychology*, 56, 337-350.
- Mearns, D., & Cooper, M. (2005). *Working at relational depth in counselling and psychotherapy*. Londres, Angleterre : Sage.
- Miles, M. B., & Huberman, A. M. (2003). *Analyse des données qualitatives* (2<sup>e</sup> éd.; traduit par Hlady Rispal). Bruxelles, Belgique : Éditions De Boeck.

- Miller, L. C., Berg, J. H., & Archer, R. L. (1983). Openers: Individuals who elicit intimate self-disclosure. *Journal of Personality and Social Psychology*, 44, 1234-1244.
- Miller, S. D., Duncan, B. L., & Hubble, M. A. (1997). *Escape from Babel: Toward a unifying language for psychotherapy practice*. New York, NY : Norton.
- Moore, S. R., & Gelso, C. J. (2011). Recollections of a secure base in psychotherapy: Considerations of the real relationship. *Psychotherapy*, 48, 368-373.
- Mucchielli, A. (2004). *Dictionnaire des méthodes qualitatives en sciences humaines*. Paris, France : Armand Collin.
- Neff, K. D. (2003). The development and validation of scale to measure self-compassion. *Self and Identity*, 2, 223-250.
- Nisbett, R. E., & Wilson, T. D. (1977). Telling more than we know: Verbal reports on mental processes. *Psychological Review*, 84, 231-259.
- Norcross, J. C. (Éd.) (2002). *Psychotherapy relationships that work: Therapist contributions and responsiveness to patients*. New York, NY : Oxford University Press.
- Ogrodniczuk, J. S., Joyce, A. S., & Piper, W. E. (2005). Strategies for reducing patient-initiated premature termination of psychotherapy. *Harvard Review Psychiatry*, 13, 57-70.
- Orange, D. M., Atwood, G. E., & Stolorow, R. D. (1997). *Working Intersubjectively: Contextualism in Psychoanalytic Practice*. Hillsdale, NJ : The Analytic Press.
- Orlinsky, D. E., Grawe, K., & Parks, B. K. (1994). Process and outcome in psychotherapy. Dans S. L. Garfield & A. E. Bergin (Éds), *Handbook of psychotherapy and behaviour change* (4<sup>e</sup> éd., pp. 270-376). New York, NY : Wiley.
- Paillé, P. (1994). L'analyse par théorisation ancrée. *Cahiers de recherche sociologique*, 23, 147-181.
- Paillé, P., & Mucchielli, A. (2012). *L'analyse qualitative en sciences humaines et sociales* (3<sup>e</sup> éd.). Paris, France : Armand Colin.
- Pasternack, S. A. (1988). The clinical management of fees during psychotherapy and psychoanalysis. *Psychiatric Annals*, 18, 112-117.

- Ponterotto, J. G. (2005). Qualitative research in counseling psychology: A primer on research paradigms and philosophy of science. *Journal of Counselling Psychology*, 52, 126-136.
- Pos, A. E., Greenberg, L., & Elliott, R. (2007). Experiential therapy. Dans J. Lebow (Éd.), *Twenty-first century psychotherapies* (pp. 80-122). New York, NY : Wiley.
- Poupart, J., Deslauriers, J.-P., Groulx, L.-H., Laperrière, A., Mayer, R., & Pires, A. P. (1997). *La recherche qualitative : Enjeux épistémologiques et méthodologiques*. Boucherville, QC : Gaëtan Morin.
- Rainer, J. P., & Campbell, L. F. (2001) Premature termination in psychotherapy: Identification and intervention. *Journal of Psychotherapy Independent Practice*, 2, 19-41.
- Ramsdell, P. S., & Ramsdell, E. R. (1993). Dual relationships: client perceptions of the effect of client-counselor relationship on the therapeutic process. *Clinical Social Work Journal*, 21, 195-212.
- Ribner, D. S., & Knei-Paz, C. (2002). Client's view of a successful helping relationship. *Social Work*, 47, 379-387.
- Richman, J. (1996). Points of correspondence between humor and psychotherapy. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 33, 560-566.
- Rogers, C. R. (1957). The necessary and sufficient conditions for therapeutic personality change. *Journal of Consulting Psychology*, 21, 95-103.
- Rogers, C. R. (1961). *On becoming a person: A therapist's view of psychotherapy*. Boston, MA : Houghton Mifflin Company.
- Romano, V., Fitzpatrick, M., & Janzen, J. (2008). The secure-base hypothesis: Global attachment, attachment to counselor, and session exploration in psychotherapy. *Journal of Counseling Psychology*, 55, 495-504.
- Roos, J., & Werbart, A. (2013). Therapist and relationship factors influencing dropout from individual psychotherapy: A literature review. *Psychotherapy Research*, 23, 394-418.
- Roussillon, R. (1999). Situations et configurations transférentielles limites, *Filigrane*, 8, 100-120.

- Salamin, V., Clément, O., Zimmermann, G., Follack, C., Perrenoud, P., & Bickel, G. G. (2009). Les relations thérapeutiques en psychiatrie hospitalière. *Annales médico-psychologiques*, 167, 188-194.
- Saunders, S. M. (1993). Applicants' experience of the process of seeking therapy. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 30, 554-564.
- Savoie-Zajc, L. (2011). La recherche qualitative/interprétative en éducation. Dans T. Karsenti & L. Savoie-Zajc (Éds), *La recherche en éducation : étapes et approches*. Saint-Laurent, QC : ERPI.
- Schneider, K. (2015). Presence: The core contextual factor of effective psychotherapy. *Existential Analysis*, 2, 304-312.
- Schneider, K., & Krug, O. (2010). *Existential humanistic therapy*. Washington, DC : American Psychological Association.
- Schneider, K. J., & Längle, A. (2012). The renewal of humanism in psychotherapy: A roundtable discussion. *Psychotherapy*, 49, 427-429.
- Schnellbacher, J., & Leijssen, M. (2009). The significance of therapist genuineness from the client's perspective. *Journal of Humanistic Psychology*, 49, 207-228.
- Schore, A. N. (2003). *Affect regulation and the repair of the self*. New York, NY : W. W. Norton.
- Schore, J. R., & Schore, A. N. (2008). Modern attachment theory: the central role of affect regulation in development and treatment. *Clinical Social Work Journal*, 36, 9-20.
- Slade, A. (1999). Attachment theory and research: Implications for the theory and practice of individual psychotherapy with adults. Dans J. Cassidy & P. R. Shaver (Éds), *Handbook of attachment: Theory, research, and clinical applications* (pp. 575-594). New York, NY : Guilford Press.
- Sloan, M. N. (2007). The "real self" and inauthenticity: The importance of self-concept anchorage for emotional experiences in the workplace. *Social Psychology Quarterly*, 70, 305-318.
- Stricker, G. (2003). The many faces of self-disclosure. *Journal of Clinical Psychology*, 59, 623-630.

- Sultanoff, S. M. (2013). Integrating humor into psychotherapy: Research, theory, and the necessary conditions for the presence of therapeutic humor in helping relationships. *The Humanistic Psychologist*, 41, 388-399.
- Tabol, C., & Walker, G. (2008). The practice of psychotherapy: Application. Dans M. Ballou, M. Hill & C. West (Éds), *Feminist therapy, theory, and practice: A contemporary perspective* (pp. 87-108). New York, NY : Springer Publishing Company.
- Trilling, L. (1971). *Sincerity and authenticity*. Cambridge, MA : Harvard University Press.
- Truax, C. B. (1971). Perceived therapeutic conditions and client outcome. *Comparative Group Studies*, 2, 301-310.
- Valentine, L., & Gabbard, G. O. (2014). Can the use of humor in psychotherapy be taught? *Academic Psychiatry*, 38, 75-81.
- Wallin, D. J. (2007). *Attachment in psychotherapy*. New York, NY : Guilford Press.
- Watson, J. C. (2007). Reassessing Roger's necessary and sufficient conditions of change. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, and Training*, 44, 268-273.
- Wittemore, R., Chase, S., & Mandle, C. L. (2001). Validity in qualitative research. *Qualitative Health Research*, 11, 522-552.
- Wood, M. W., Linley, A. P., Maltby, J., Baliousis, M., & Joseph, S. (2008). The authentic personality: A theoretical and empirical conceptualization and the development of the authenticity scale. *Journal of Counseling Psychology*, 55, 385-399.
- Yalom, I. D. (2002). *The gift of therapy: an open letter to a new generation of therapists and their patients*. New York, NY : HarperCollins Publishers.
- Yourman, D. B. (2003). Trainee disclosure in psychotherapy supervision: The impact of shame. *Journal of Clinical Psychology*, 59, 601-609.
- Ziv-Beiman, S. (2013). Therapist self-disclosure: An integrative intervention. *Journal of Psychotherapy Integration*, 23, 59-74.

## **Appendice A**

Questionnaires *Real Relationship Inventory*

## The Real Relationship Inventory–Therapist Form

(RRI-T; Gelso et al., 2005)

Please complete the items below in terms of your relationship with your client or patient. Use the following 1–5 scale in rating each item, placing your rating in the space adjacent to the item.

<b>Strongly Agree</b>	<b>Neutral</b>	<b>Disagree</b>	<b>Agree</b>	<b>Strongly Disagree</b>
<b>5</b>	<b>4</b>	<b>3</b>	<b>2</b>	<b>1</b>

1. My client is able to see me as a real person separate from my role as a therapist.
2. My client and I are able to be genuine in our relationship.
3. My client feels liking for the “real me.”
4. My client genuinely expresses his/her positive feelings toward me.
5. I am able to realistically respond to my client.
6. I hold back significant parts of myself.
7. I feel there is a “real” relationship between us aside from the professional relationship.
8. My client and I are honest in our relationship.
9. My client has little caring for who I “truly am.”
10. We feel a deep and genuine caring for one another.
11. My client holds back significant parts on him/herself.
12. My client has respect for me as a person.
13. There is no genuinely positive connection between us.
14. My client’s feelings toward me seem to fit who I am as a person.
15. I do not like my client as a person.
16. I value the honesty of our relationship.
17. The relationship between my client and me is strengthened by our understanding of one another.
18. It is difficult for me to express what I truly feel about my client.
19. My client has unrealistic perceptions of me.
20. My client and I have difficulty accepting each other as we really are.
21. My client distorts the therapy relationship.
22. I have difficulty being honest with my client.
23. My client shares with me the most vulnerable parts of him/herself.
24. My client genuinely expresses a connection to me.

*Note.* Realism subscale items = 1, 3, 5, 7, 9, 12, 14, 15, 17, 19, 20, 21; Genuineness subscale items = 2, 4, 6, 8, 10, 11, 13, 16, 18, 22, 23, 24. Reverse scored items = 6, 9, 11, 13, 15, 18, 19, 20, 21, and 22.

Received August 31, 2004  
Revision received January 19, 2005  
Accepted January 20, 2005

## The Real Relationship Inventory–Client Form

(RRI-C; Kelley, Gelso, Fuertes, Marmarosh & Lanier, 2010)

Please complete the items below in terms of your relationship with your therapist. Use the following 1–5 scale in rating each item, placing your rating in the space adjacent to the item.

Strongly Agree	Neutral	Disagree	Agree	Strongly Disagree
5	4	3	2	1

1. I was able to be myself with my therapist.
2. My therapist and I had a realistic perception of our relationship.
3. I was holding back significant parts of myself.
4. I appreciated being able to express my feelings in therapy.
5. My therapist liked the real me.
6. It was difficult to accept who my therapist really is.
7. I was open and honest with my therapist.
8. My therapist's perceptions of me seem colored by his or her own issues.
9. The relationship between my therapist and me was strengthened by our understanding of one another.
10. My therapist seemed genuinely connected to me.
11. I was able to communicate my moment-to-moment inner experience to my therapist.
12. My therapist was holding back his/her genuine self.
13. I appreciated my therapist's limitations and strengths.
14. We do not really know each other realistically.
15. My therapist and I were able to be authentic in our relationship.
16. I was able to see myself realistically in therapy.
17. My therapist and I had an honest relationship.
18. I was able to separate out my realistic perceptions of my therapist from my unrealistic perceptions.
19. My therapist and I expressed a deep and genuine caring for one another.
20. I had a realistic understanding of my therapist as a person.
21. My therapist did not see me as I really am.
22. I felt there was a significant holding back in our relationship.
23. My therapist's perceptions of me were accurate.
24. It was difficult for me to express what I truly felt about my therapist.

*Note.* Realism subscale items = 2, 5, 6, 8, 9, 13, 14, 16, 18, 20, 21, 23; Genuineness subscale items = 1, 3, 4, 7, 10, 11, 12, 15, 17, 19, 22, 24. Reversed-scored items = 3, 6, 8, 12, 14, 21, 22, and 24.

Kelley, F. A., Gelso, C. J., Fuertes, J. N., Marmarosh, C., & Holmes Lanier, S. (2010). The Real Relationship Inventory: Development and psychometric investigation of the client form. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 47, 540-553.



## **Appendice B**

*Questionnaire Therapeutic Presence Inventory–Therapist Version*

**21-Item Therapeutic Presence Inventory–Therapist Version**

(Geller, Greenberg & Watson, 2010)

1. I was aware of my own internal flow of experiencing.
2. I felt tired or bored.
3. I found it difficult to listen to my client.
4. The interaction between my client and I felt flowing and rhythmic.
5. Time seemed to really drag.
6. I found it difficult to concentrate.
7. There were moments when I was so immersed with my client's experience that I lost a sense of time and space.
8. I was able to put aside my own demands and worries to be with my client.
9. I felt distant or disconnected from my client.
10. I felt a sense of deep appreciation and respect for my client as a person.
11. I felt alert and attuned to the nuances and subtleties of my client's experience.
12. I was fully in the moment in this session.
13. I felt impatient or critical.
14. My responses were guided by the feelings, words, images, or intuitions that emerged in me from my experience of being with my client.
15. I couldn't wait for the session to be over.
16. There were moments when my outward response to my client was different from the way I felt inside.
17. I felt fully immersed with my client's experience and yet still centered within myself.
18. My thoughts sometimes drifted away from what was happening in the moment.
19. I felt in synchronicity with my client in such a way that allowed me to sense what he/she was experiencing.
20. I felt genuinely interested in my client's experience.
21. I felt a distance or emotional barrier between my client and myself.

## **Appendice C**

Études regroupées de la méta-analyse de Henretty et Levitt (2010) sur les effets du dévoilement du thérapeute selon la perception des clients (44 études)

### 1) Effets du dévoilement du thérapeute sur la perception des clients de certaines qualités du thérapeute (32 études distinctes)

Expertise	Carter & Motta (1988)	McCarthy (1982)
	Cherbosque (1987)	McCarthy & Betz (1978)
	Curtis (1982)	Merluzzi et al. (1978)
	Dowd & Boroto (1982)	Myers & Hayes (2006)
	Goodyear & Shumate (1996)	Peca-Baker & Friedlander (1987)
	Lundeen & Schuldt (1989)	Peca-Baker & Friedlander (1989)
	Lundeen & Schuldt (1992)	Perrin & Dowd (1986)
	Mallinckrodt & Helms (1986)	VandeCreek & Angstadt (1985)
	McCarthy (1979)	Watkins & Schneider (1989)
Digne de confiance	Carter & Motta (1988)	McCarthy (1982)
	Cherbosque (1987b)	McCarthy & Betz (1978)
	Doster & Brooks (1974)	Merluzzi et al. (1978)
	Dowd & Boroto (1982)	Myers & Hayes (2006)
	Goodyear & Shumate (1996)	Peca-Baker & Friedlander (1987)
	Loeb & Curtis (1984)	Peca-Baker & Friedlander (1989)
	Lundeen & Schuldt (1989)	Perrin & Dowd (1986)
	Lundeen & Schuldt (1992)	Watkins & Schneider (1989)
	Mallinckrodt & Helms (1986)	Wetzel & Wright-Buckley (1988)
Charme	Carter & Motta (1988)	McCarthy (1982)
	Cherbosque (1987b)	McCarthy & Betz (1978)
	Dowd & Boroto (1982)	Merluzzi et al. (1978)
	Fox, Strum & Walters (1984)	Myers & Hayes (2006)
	Hoffman-Graff (1977)	Peca-Baker & Friedlander (1987)
	Klein & Friedlander (1987)	Peca-Baker & Friedlander (1989)
	Lundeen & Schuldt (1989)	Perrin & Dowd (1986)
	Lundeen & Schuldt (1992)	Reynolds & Fischer (1983)
	Mallinckrodt & Helms (1986)	Watkins & Schneider (1989)
Jugement clinique	Borrego et al. (1982)	Klein & Friedlander (1987)
	Giannandrea & Murphy (1973)	Mann & Murphy (1975)
	Hoffman & Spencer (1977)	Peca-Baker & Friedlander (1989)
	Hoffman-Graff (1977)	
Empathie	Borrego et al. (1982)	Loeb & Curtis (1984)
	Carter & Motta (1988)	Mann & Murphy (1975)
	Curtis (1982)	Merluzzi et al. (1978)
	Giannandrea & Murphy (1973)	Murphy & Strong (1972)
	Hoffman-Graff (1977)	Nilsson et al. (1979)
	Hoffman & Spencer (1977)	Peca-Baker & Friedlander (1987)
Congruence	Klein & Friedlander (1987)	Peca-Baker & Friedlander (1989)
	Borrego et al. (1982)	Mann & Murphy (1975)
	Giannandrea & Murphy (1973)	Peca-Baker & Friedlander (1987)
	Hoffman & Spencer (1977)	Peca-Baker & Friedlander (1989)
Regard positif inconditionnel	Hoffman-Graff (1977)	
	Borrego et al. (1982)	Hoffman & Spencer (1977)
	Curtis (1982)	Mann & Murphy (1975)
	Giannandrea & Murphy (1973)	Peca-Baker & Friedlander (1989)
Chaleur	Hoffman-Graff (1977)	
	Doster & Brooks (1974)	Murphy & Strong (1972)
	Fox et al. (1984)	Reynolds & Fischer (1983)

---

 Nilsson et al. (1979)
 

---

**2) Effets du dévoilement du thérapeute sur la satisfaction des clients envers la psychothérapie (10 études distinctes)**


---

Désir de retourner voir le même thérapeute ou un similaire, ou de le conseiller à un ami	Borrego et al. (1982) Fox et al. (1984) Giannandrea & Murphy (1973) Mallinckrodt & Helms (1986)	Merluzzi et al. (1978) Nilsson et al. (1979) Watkins & Schneider (1989)
--	--	---

---

Appréciation	Barrett & Berman (2001) Hoffman & Spencer (1977) Merluzzi et al. (1978)	Nilsson et al. (1979) Simonson & Bahr (1974)
--------------	---	---

---

**3) Effets du dévoilement du thérapeute sur le dévoilement du client (18 études distinctes)**


---

Fréquence du dévoilement	Barrett & Berman (2001) Davis & Skinner (1974) Doster & Brooks (1974) Jourard & Friedman (1970) Lundeen & Schuldt (1992) Mann & Murphy (1975)	Powell (1968) Simonson (1976) Simonson & Bahr (1974) Truax and Carkhuff (1965) Vondracek (1969)
--------------------------	--	---

---

Envie de se dévoiler	Borrego et al. (1982) Bundza & Simonson (1973) Cherbosque (1987) Lundeen & Schuldt (1992)	Nilsson et al. (1979) Simonson (1976) Simonson & Bahr (1974)
----------------------	--	--

---

Caractère intime des dévoilements	Barrett & Berman (2001) Derlega et al. (1976) Feigenbaum (1977)	McAllister & Kiesler (1975) Vondracek (1969)
-----------------------------------	---	---

---

## **Appendice D**

Formulaire de données sociodémographiques

**DONNÉES SOCIODÉMOGRAPHIQUES**

Code attribué au participant : \_\_\_\_\_

Ville de résidence : \_\_\_\_\_

Âge : \_\_\_\_\_

Sexe : ☐ homme    ☐ femme

Nationalité : \_\_\_\_\_

Profession/emploi occupé : \_\_\_\_\_

Diplôme obtenu ou dernière année de scolarité complétée :

\_\_\_\_\_

Durée de la psychothérapie : \_\_\_\_\_

(Si vous la connaissez) Approche théorique du thérapeute :

\_\_\_\_\_

Suivi ayant lieu dans :

☐ un bureau privé    ☐ une institution publique    ☐ Autre : \_\_\_\_\_

## **Appendice E**

Canevas d'entrevue



**Dans le cadre de cette recherche, nous nous intéressons à l'authenticité du thérapeute selon votre perspective, c'est-à-dire aux thérapeutes qui vous ont semblé vrais, sincères, avec lesquels vous aviez l'impression d'être en contact avec un être humain réel, pas un rôle. Nous allons aussi nous pencher sur l'inverse des thérapeutes authentiques, c'est-à-dire les thérapeutes qui vous ont semblé inauthentiques, faux, artificiels.**

**Pensez aux moments où vous avez senti que votre thérapeute était authentique ou inauthentique durant une de vos thérapies. Racontez une ou plusieurs de ces situations avec le plus de détails possible.**

1. Comment cette authenticité ou cette inauthenticité se manifestait-elle?
  - a. Quels étaient les indices que vous aviez qui vous permettaient de le sentir authentique?
  - b. Quels étaient ses comportements? ses attitudes? ses mots? ses expressions non verbales?
2. Décrivez quels effets (positifs et/ou négatifs) ont eu ces manifestations.
  - a. sur vous?
  - b. sur la relation thérapeutique?
  - c. sur la thérapie?

## **Appendice F**

Formulaire de consentement libre et éclairé



## **FORMULAIRE D'INFORMATION ET DE CONSENTEMENT<sup>1</sup>**

Vous êtes invité (e) à participer à un projet de recherche. Le présent document vous renseigne sur les modalités de ce projet de recherche. S'il y a des mots ou des paragraphes que vous ne comprenez pas, n'hésitez pas à poser des questions. Pour participer à ce projet de recherche, vous devrez signer le formulaire de consentement à la fin de ce document et nous vous en remettrons une copie signée et datée.

### **Titre du projet**

L'authenticité des thérapeutes telle que perçue par les clients.

### **Responsables du projet**

La chercheuse principale de ce projet de recherche est Laurence D'Arcy-Dubois, étudiante au doctorat en psychologie clinique. Elle réalise ce projet de recherche dans le cadre de sa thèse doctorale. Vous pouvez joindre madame D'Arcy-Dubois au numéro de téléphone \*\*\*-\*\*\*-\*\*\*\* ou par courriel à \*\*\*\*@USherbrooke.ca.

Ce projet est supervisé par madame Lucie Mandeville, professeure au Département de psychologie à l'Université de Sherbrooke. Vous pouvez joindre madame Mandeville au \*\*\*-\*\*\*-\*\*\*\*, poste \*\*\*\* ou par courriel à \*\*\*\*@USherbrooke.ca.

### **Objectifs du projet**

Le but de cette recherche est d'explorer la perception qu'ont les clients de l'authenticité et de l'inauthenticité du thérapeute, de décrire ses manifestations, ainsi que d'en connaître les effets sur le processus thérapeutique.

### **Raison et nature de la participation au projet**

Vous êtes invité (e) à participer à cette recherche qui porte sur l'authenticité des thérapeutes. Une première entrevue d'environ 90 minutes aura lieu dans un endroit à votre convenance et qui assure la confidentialité. Vous aurez à décrire des moments de votre thérapie où vous avez perçu que votre thérapeute était authentique ou inauthentique et comment cela s'est manifesté. Ensuite, vous décrierez les répercussions que cela a eues sur vous et sur la relation thérapeutique. Ces entrevues seront enregistrées sur bande audio, puis retranscrites sous forme de verbatim.

---

<sup>1</sup> Notez que les pages du consentement seront indiquées comme suit : Page 1 sur 4, Page 2 sur 4, etc.

### **Avantages pouvant découler de la participation au projet**

Votre participation à ce projet de recherche contribuera au développement des connaissances scientifiques en psychologie clinique. Elle vous permettra d'exprimer votre perception de l'authenticité de votre thérapeute.

### **Inconvénients et risques pouvant découler de la participation au projet**

Votre participation à la recherche ne devrait pas comporter de risques ni d'inconvénients significatifs. Il est possible que vous éprouviez un malaise de parler de certains aspects de votre thérapie et vous avez la possibilité de ne pas en parler si tel est le cas. Vous pourriez vivre des émotions difficiles ou négatives au cours des entrevues. Dans le cas échéant, des références de ressources psychothérapeutiques vous seront fournies. Si vous ressentez de la fatigue au cours de l'entrevue, il sera possible de prendre une pause.

### **Droit de retrait sans préjudice de la participation**

Il est entendu que votre participation à ce projet de recherche est tout à fait volontaire et que vous restez libre, à tout moment, de mettre fin à votre participation sans avoir à motiver votre décision sans subir aucun préjudice de quelque nature que ce soit.

Advenant que vous vous retiriez de l'étude, demandez-vous que les documents audio ou écrits vous concernant soient détruits?

Oui \_\_\_\_ Non \_\_\_\_

### **Confidentialité, partage, surveillance et publications**

Un soin particulier sera accordé à la confidentialité des données recueillies au cours de la recherche. Durant votre participation à ce projet de recherche, la chercheuse responsable recueillera et consignera dans un dossier de recherche les renseignements vous concernant. Seuls les renseignements nécessaires à la bonne conduite du projet de recherche seront recueillis. Tous les renseignements recueillis au cours du projet de recherche demeureront strictement confidentiels dans les limites prévues par la loi. Afin de préserver votre identité et la confidentialité de ces renseignements, vous ne serez identifié(e) que par un numéro de code. La clé du code reliant votre nom à votre dossier de recherche sera conservée par la chercheuse responsable du projet de recherche. La chercheuse principale de l'étude utilisera les données à des fins de recherche dans le but de répondre à l'objectif scientifique du projet de recherche décrit dans ce formulaire d'information et de consentement.

Les données du projet de recherche pourront être publiées dans des revues scientifiques ou partagées avec les membres de l'équipe de recherche lors de discussions scientifiques. Toutefois, aucun renseignement permettant de vous identifier ne sera

publié ou communiqué et les membres de l'équipe seront eux aussi tenus à la confidentialité. Dans le cas contraire, votre permission vous sera demandée au préalable. De plus, il va de soi qu'aucun renseignement ne sera divulgué à aucun thérapeute que vous avez consulté au cours de vos démarches psychothérapeutiques.

Toutes les données recueillies seront conservées sous clé, pour une période n'excédant pas cinq ans. Après cette période, les données seront détruites. Seuls les enregistrements audio seront détruits à la fin du projet de recherche. Aucun renseignement permettant d'identifier les personnes qui ont participé à l'étude n'apparaîtra dans aucune documentation.

À des fins de surveillance et de contrôle, votre dossier de recherche pourrait être consulté par une personne mandatée par le Comité d'éthique de la recherche Lettres et sciences humaines ou par des organismes gouvernementaux mandatés par la loi. Toutes ces personnes et ces organismes adhèrent à une politique de confidentialité.

#### **Surveillance des aspects éthiques et identification du président du Comité d'éthique de la recherche Lettres et sciences humaines**

Le Comité d'éthique de la recherche Lettres et sciences humaines a approuvé ce projet de recherche et en assure le suivi. De plus, il approuvera au préalable toute révision et toute modification apportée au formulaire d'information et de consentement, ainsi qu'au protocole de recherche. Vous pouvez parler de tout problème éthique concernant les conditions dans lesquelles se déroule votre participation à ce projet avec la responsable du projet ou expliquer vos préoccupations à **Mme Dominique Laurin**, présidente du Comité d'éthique de la recherche Lettres et sciences humaines, au numéro suivant : \*\*\*-\*\*\*-\*\*\*\* poste \*\*\*\*, ou par courriel à : \*\*\*\*\*@USherbrooke.ca.

### **Consentement libre et éclairé**

Je, \_\_\_\_\_ (*nom en lettres moulées*), déclare avoir lu et compris le présent formulaire et en avoir reçu un exemplaire. Je comprends la nature et le motif de ma participation au projet. J'ai eu l'occasion de poser des questions auxquelles on a répondu, à ma satisfaction. Par la présente, j'accepte librement de participer au projet.

Signature de la participante ou du participant : \_\_\_\_\_

Signé à \_\_\_\_\_, le \_\_\_\_\_ 20\_\_.

### **Déclaration de responsabilité de la chercheuse de l'étude**

Je, LAURENCE D'ARCY-DUBOIS, chercheuse principale de l'étude, déclare que je suis responsable du déroulement du présent projet de recherche. Je m'engage à respecter les obligations énoncées dans ce document et également à vous informer de tout élément qui serait susceptible de modifier la nature de votre consentement.

Signature de la chercheuse principale de l'étude : \_\_\_\_\_

Signé à \_\_\_\_\_, le \_\_\_\_\_ 20\_\_.

### **Déclaration du responsable de l'obtention du consentement**

Je, LAURENCE D'ARCY-DUBOIS, chercheuse principale de l'étude, certifie avoir expliqué à la participante ou au participant intéressé (e) les termes du présent formulaire, avoir répondu aux questions qu'il ou qu'elle m'a posées à cet égard et lui avoir clairement indiqué qu'il ou qu'elle reste, à tout moment, libre de mettre un terme à sa participation au projet de recherche décrit ci-dessus. Je m'engage à garantir le respect des objectifs de l'étude et à respecter la confidentialité.

Signature du responsable du projet : \_\_\_\_\_

Fait à \_\_\_\_\_, le \_\_\_\_\_ 20\_\_.